



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO
BRANCO**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária

Inês Bernardo Nascimento Malato Beliz

Orientação: Prof^a Doutora Maria do Céu Mendes Pinto
Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em
Situação Crítica*
Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO
BRANCO**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária

Inês Bernardo Nascimento Malato Beliz

Orientação: Prof^a Doutora Maria do Céu Mendes Pinto
Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em
Situação Crítica*
Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

AUTOUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CORONÁRIA

Inês Bernardo Nascimento Malato Beliz

Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Professora Doutora Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

Orientador: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

16 de outubro de 2020

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Doutora Maria do Céu Marques pela disponibilidade, profissionalismo, dedicação, incentivo e partilha de conhecimentos durante todo este percurso académico.

Ao meu amigo e companheiro Bruno pela ajuda, compreensão, paciência e por me fazer acreditar nas minhas capacidades e incentivar nos momentos mais difíceis deste caminho.

À minha amiga Carla Moro, pela amizade, motivação, companheirismo e pelos bons momentos passados.

Aos meus amigos e família que me motivaram e encorajaram nos momentos mais difíceis deste percurso a quem dedico este trabalho.

A todos, Muito obrigada

RESUMO

O relatório de estágio pretende dar resposta aos objetivos da unidade curricular relatório. Deve estar vertido no documento o percurso realizado ao longo dos estágios, com especial ênfase para a atividade major que deu nome a este relatório. A referida atividade centrou-se na pessoa com doença cardiovascular, esta é umas das principais causas de morte em Portugal. Pode ser prevenida, atuar nos fatores de risco comportamentais, relacionados com o estilo de vida, melhora o autocuidado das pessoas com doença coronária.

Objetivo: O objetivo geral deste relatório é descrever de forma refletida e fundamentada o processo formativo no decorrer dos estágios 1 e final.

Método: Este documento segue a metodologia descritiva. Durante o estágio final foi desenvolvida uma atividade que segue a metodologia de projeto, designada atividade major, que dá nome ao relatório. Foi avaliado o nível de adequação do autocuidado da pessoa com doença coronária através da aplicação da Escala do Autocuidado para a Pessoa com Doença Coronária (EACPDC).

Resultados: Salienta-se a grande necessidade que, as pessoas com doença coronária, tem de ensino, apoio e aconselhamento sobre autocuidado. O autocuidado é um componente essencial na gestão da doença coronária.

Conclusão: Os objetivos inicialmente definidos foram alcançados, salientando um enriquecimento a nível pessoal e profissional ao nível técnico e científico.

Palavras Chave: Enfermagem médico-cirúrgica; Autocuidado; Doença coronária; estilos de vida.

ABSTRACT

The internship report intends to respond to the objectives of the report curricular unit. It must be included in the document or tracked over the periods, with a special focus on the main activity that gave the name to the report. Active activity centered on people with cardiovascular disease is one of the main causes of death in Portugal. It can be prevented, act on behavioral risk factors, related to lifestyle, improve or self-care of people with coronary disease.

Objective: The general objective of this report is to describe the formation process in a reflected and reasoned way during stages 1 and final.

Method: This document follows the descriptive methodology. During the final stage, an activity was developed that follows the project methodology, called major activity, which gives the report its name. The self-care adequacy level of the person with coronary disease was assessed through the application of the Self-Care Scale for the Person with Coronary Disease (EACPDC).

Results: It highlights the great need that people with coronary heart disease have for teaching, support and counseling on self-care. Self-care is an essential component in the management of coronary heart disease.

Conclusion: The objectives initially defined were achieved, highlighting a personal and professional enrichment at the technical and scientific level.

Key words: Medical-surgical nursing; Self-care; Coronary heart disease; life styles.

ABREVIATURAS

Dec. Lei- Decreto Lei

Enf^a- Enfermeira

Nº- Número

SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA- American Psychological Association

AVC- Acidente Vascular Cerebral

BRE- Bloqueio do Ramo Esquerdo

CHUB- Complexo Hospitalar Universitário de Badajoz

DAC- Doença Arterial Coronária

DCV- Doenças Cardiovasculares

DGS- Direção Geral da Saúde

EACPDC- Escala de Autocuidado para a Pessoa com Doença Coronária

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG- Eletrocardiograma

EEEMC- Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC:PSC- Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

EPE- Entidade Pública Empresarial

EPI- Equipamento de Proteção Individual

ERC- European Resuscitation Council

ESC- European Society of Cardiology

FPC- Fundação Portuguesa de Cardiologia

HESE- Hospital do Espírito Santo de Évora

HUB- Hospital Universitário de Badajoz

IACS- Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICP-P- Intervenção Coronária Percutânea Primária

IMC- Índice de Massa Corporal

INE- Instituto Nacional de Estatística

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

IPP- Instituto Politécnico de Portalegre

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PBCI- Precauções Básicas do Controlo da Infecção

PSC- Pessoa em Situação Crítica

REPE- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SCA- Síndrome Coronário Agudo

SCC- Síndrome Coronário Crónico

SC-CHDI- Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SPSS- Statistical Package for the Social Sciences

SU- Serviço de Urgência

UADCI- Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção

UCIC- Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

WHO- World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	17
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO.....	20
1.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BADAJOZ.....	20
1.2 HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA.....	23
1.2.1 Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos.....	24
1.2.2 Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção.....	25
2. ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO MAJOR.....	27
2.1 FUNDAMENTAÇÃO.....	27
2.2 ENQUADRAMENTO CONCETUAL E TEÓRICO.....	27
2.2.1 Doença Coronária na Atualidade.....	27
2.2.2 Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária.....	33
2.2.3 Escala do Autocuidado na Doença Coronária.....	36
2.3 METODOLOGIA.....	37
2.3.1 Diagnóstico.....	37
2.3.2 Objetivos.....	38
2.3.3 População Alvo.....	38
2.3.4 Escala de Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária.....	41
2.3.5 Procedimentos éticos.....	42
2.4 RESULTADOS.....	43
2.5 DISCUSSÃO.....	51
2.6 CONCLUSÃO.....	54
3. ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	55
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM.....	55
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM.....	63
4. CONCLUSÃO.....	70

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
APÊNDICES	
Apêndice I- Projetos de estágio.....	77
Apêndice II- Escala de Autocuidado para a Pessoa com Doença Coronária (EA-CPDC).....	126
Apêndice III- Questionário variáveis sócio-biográficas.....	130
Apêndice IV- Consentimento informado de participação no estudo.....	132
Apêndice V- Pedido de parecer à comissão de ética do IPP.....	134
Apêndice VI- Pedido de parecer à comissão de ética do HESE.....	139
Apêndice VII- Formação em Serviço: Actuación de enfermería ante un paciente con alteraciones electrocardiográficas.....	142
Apêndice VIII- Resumo do Artigo Científico: Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária. Revisão Sistemática da Literatura.....	165
ANEXOS	
Anexo I- Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI).....	168
Anexo II- Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre.....	172
Anexo III- Parecer da Comissão de Ética do Hospital do Espírito Santo de Évora.....	174
Anexo IV- Certificado de Participação no Workshop “Metodologia Lean e simulação clínica: Melhorar o Processo, o Talento, o Movimento e o Tempo nos Cuidados de Saúde”.....	176
Anexo V- Certificado Curso de Suporte Avançado de Vida (SAV).....	179
Anexo VI- Certificado Curso International Trauma Life Suport (ITLS).....	181

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1- População da área de saúde de Badajoz de acordo com sexo e nacionalidade.....	23
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1- Distribuição da amostra por género.....	39
Gráfico nº2- Distribuição da amostra por grupo etário.....	39
Gráfico nº3- Distribuição da amostra por estado civil.....	40
Gráfico nº4- Distribuição da amostra por escolaridade.....	40
Gráfico nº5- Distribuição da amostra por situação profissional.....	41

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1- Dimensão monitorização: Item nº1- Mantém consultas com o seu médico/enfermeiro?.....	43
Tabela nº2- Dimensão monitorização: Item nº2- Toma aspirina ou outro antiagregante/anticoagulante?.....	43
Tabela nº3- Dimensão monitorização: Item nº 3- Avalia a sua tensão arterial?.....	43
Tabela nº4- Dimensão monitorização: Item nº4- Exercita-se por 30 minutos?.....	44
Tabela nº5- Dimensão monitorização: Item nº5- Toma a medicação como prescrita?.....	44
Tabela nº6- Dimensão monitorização: Item nº6- Pede alimentos com baixo teor de gordura quando faz refeições fora de casa ou visita alguém?.....	44
Tabela nº7- Dimensão monitorização: Item nº7- Usa um sistema para o ajudar a lembrar da toma dos medicamentos? Por exemplo, usa caixa de comprimidos ou lembrete?.....	45
Tabela nº8- Dimensão monitorização: Item nº8- Come fruta ou vegetais?.....	45
Tabela nº9- Dimensão monitorização: Item nº9- Evita fumar e locais com fumo?.....	45
Tabela nº10- Dimensão monitorização: Item nº10- Tenta perder peso ou controlá-lo?.....	46
Tabela nº11- Dimensão gestão: Item nº11a)- No mês passado, teve dor no peito, pressão no peito, ardor, peso no peito, dificuldade em respirar ou fadiga?.....	46
Tabela nº12- Dimensão gestão: Item nº11b)- Com que rapidez reconheceu estes sintomas como de doença cardíaca?.....	46
Tabela nº13- Dimensão gestão: Item nº12- Se tiver sintomas, qual a probabilidade de alterar o nível de atividade?.....	47
Tabela nº14- Dimensão gestão: Item nº13- Se tiver sintomas, qual a probabilidade de tomar nitroglicerina?.....	47
Tabela nº15- Dimensão gestão: Item nº14- Se tiver sintomas, qual a probabilidade de contactar o seu médico ou enfermeiro para aconselhamento?.....	48

Tabela nº16- Dimensão gestão: Item nº15- Se tiver sintomas, qual a probabilidade de tomar uma aspirina?.....	48
Tabela nº17- Dimensão gestão: Item nº16- Na última vez que teve sintomas de doença cardíaca, até que ponto acha que o que fez o ajudou ou não?.....	48
Tabela nº18- Dimensão confiança: Item nº17- Está confiante que consegue manter-se livre de sintomas?.....	49
Tabela nº19- Dimensão confiança: Item nº18- Está confiante que consegue seguir o tratamento que lhe tenha sido aconselhado?.....	49
Tabela nº20- Dimensão confiança: Item nº19- Está confiante que consegue reconhecer mudanças na sua saúde?.....	50
Tabela nº21- Dimensão confiança: Item nº20- Está confiante que consegue avaliar a importância dos seus sintomas?.....	50
Tabela nº22- Dimensão confiança: Item nº21- Está confiante que consegue fazer alguma coisa que alivie os seus sintomas?.....	50
Tabela nº23- Dimensão confiança: Item nº22- Está confiante que consegue avaliar a eficácia de um qualquer procedimento?.....	51

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Portalegre (IPP). É um documento que visa descrever, analisar e refletir sobre o percurso efetuado durante os estágios realizados, que decorreram de 20/05/2019 a 28/06/2019 no Serviço de Urgência (SU) do Hospital Universitário de Badajoz (HUB) e de 16/09/2019 a 31/01/2020 na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI) e Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE).

A entrega do relatório de estágio é o culminar de um percurso académico, com duração de três semestres, pretendendo-se que seja um documento que contenha as atividades realizadas durante os estágios e demonstre a aquisição das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em situação Crítica (EMC:PSC) e das competências de Mestre em Enfermagem.

No desenvolver deste documento, faz-se a descrição e análise reflexiva das atividades/intervenções realizadas, com especial ênfase para a descrição e análise reflexiva da atividade major que deu nome ao mesmo: **O Autocuidado da Pessoa com doença Coronária.**

A pessoa em situação crítica (PSC) é “...aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018:19362).

Os cuidados de enfermagem especializados à PSC são definidos como

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (OE, 2018:19362).

Os cuidados à PSC podem advir de situações de emergência, catástrofe e exceção que põem em risco a vida das pessoas. Assim, os cuidados de enfermagem prestados à pessoa/família em situação crítica obrigam a uma

“observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, família/cuidador alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações,

assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil” (OE, 2018:19363).

Este são conceitos que nortearam a sua atuação durante os estágios e permitiram o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências comuns, das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC:PSC e das competências de mestre em enfermagem.

No que diz respeito à atividade de intervenção major desenvolvida, esta surge, após uma entrevista não estruturada com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora da UADCI, sobre a necessidade de monitorizar o autocuidado e uniformizar o ensino da pessoa com doença coronária. Estando previsto o início das consultas de enfermagem de follow up na UADCI, decidiu-se, entre outras atividades, fazer a adaptação cultural para a língua portuguesa da escala do autocuidado na doença coronária, “Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory” (SC-CHDI) de Victoria Vaughan Dickson, e avaliar o autocuidado dos doentes com doença coronária do serviço de Cardiologia do HESE-EPE.

Desenvolver este tema prende-se, como já referiu, com uma necessidade sentida e também porque, das doenças cardiovasculares (DCV), a doença coronária é a mais prevalente em Portugal e particularmente no Alentejo e a principal responsável de morte precoce. A sua evolução gradual origina incapacidades/dificuldades físicas o que se repercute na qualidade de vida da pessoa/família (Simões, 2020).

As doenças cardiovasculares podem ser prevenidas uma vez que estão diretamente relacionadas com os estilos de vida, como o tabagismo, dieta pouco saudável e obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, passando a estratégia por incidir sobre os fatores de risco comportamentais, com vista a mudanças adequadas nos estilos de vida dos indivíduos (World Health Organization [WHO], 2017).

O autocuidado é definido como a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades de promoção da saúde, prevenção de doenças, manutenção da saúde e de lidar com doenças e deficiências com o apoio, ou não, de um profissional de saúde (World Health Organization [WHO], 2019). Segundo Riegel, Jaarsma & Stromberg (2012) o autocuidado diz respeito a adoção de estilos de vida saudáveis, à adesão às recomendações de tratamento e resposta aos sintomas.

A intervenção do enfermeiro é fundamental no acompanhamento e controlo dos comportamentos de risco cardiovascular, pela formação sobre estilos de vida saudáveis e adesão ao regime terapêutico. Reveles, Simões & Ferreira (2018), concluíram que é possível obter ganhos em saúde através dos cuidados de enfermagem, e que o ensino a doentes com doença coronária

é um bom método para melhorar fatores de risco cardiovasculares e consequentemente o autocuidado.

O Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) reconhece competências para identificar necessidades da pessoa/família/cuidador garantindo a detecção precoce, estabilização, manutenção e recuperação que resultem de doenças agudas ou crônicas, assim como para conceber e implementar planos de intervenção que visem a adaptação ao processo de saúde/doença e avaliar os resultados segundo as respostas da pessoa/família/cuidador (OE, 2018).

Esta atividade tem como base a metodologia de projeto, uma vez que é uma investigação que se centra num problema real identificado, no contexto, e na realização de intervenções/estratégias com vista à sua resolução. É uma metodologia que promove a prática fundamentada e baseada em evidência, pela pesquisa, análise e resolução de problemas reais identificados no contexto (Ruivo, Nunes, & Ferrito, 2010).

Assim, define como objetivo geral deste relatório descrever de forma refletida e fundamentada o processo formativo no decorrer dos estágios 1 e final.

Como objetivos específicos estabelece:

- Realizar uma apreciação dos contextos;
- Descrever as atividades desenvolvidas durante os estágios, com especial ênfase na atividade de intervenção major;
- Refletir sobre o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e competências de mestre em enfermagem;
- Dar resposta à avaliação da unidade curricular Relatório.

No que diz respeito à organização do presente documento, inicialmente, apresenta a apreciação dos contextos, de seguida faz uma reflexão sobre os objetivos delineados nos projetos de estágio (apêndice I) e, descreve a atividade de intervenção major, contemplando todas as etapas que permitiram a sua realização, bem como uma reflexão dos resultados e a sua implicação na prática. Posteriormente uma reflexão sobre as intervenções realizadas durante os estágios, que possibilitaram a obtenção de competências de enfermeira especialista em EMC:PSC e competências de mestre em enfermagem. Este relatório de estágio termina com a conclusão.

O presente relatório segue as diretrizes do novo acordo ortográfico e rege-se pelas normas de referência da American Psychological Association (APA, 6th).

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

O estágio 1 decorreu no SU do Hospital Universitário de Badajoz e o estágio final decorreu em dois contextos, ambos no Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE, EPE). Este último foi realizado maioritariamente na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI), tendo também realizado alguns turnos na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC).

1.1 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BADAJOZ

O Complexo Hospitalar Universitário de Badajoz (CHUB) é um complexo de hospitais públicos de alta complexidade que integra uma rede de hospitais do Serviço de Saúde da Extremadura Espanhola. É constituído por três hospitais: O Hospital Universitário de Badajoz, o Hospital Perpetuo Socorro e o Hospital Materno-infantil.

O serviço de urgência onde realizou o estágio 1 encontra-se inserido no Hospital Universitário de Badajoz. Este desenvolve a sua atividade tendo como objetivo prestar assistência com a máxima garantia científica e técnica, diminuir os riscos, aumentar a segurança dos utentes/trabalhadores e a uniformização dos cuidados.

Apresenta os seguintes princípios:

- **Profissionalismo:** Desenvolvimento do trabalho, de forma a aumentar conhecimentos e o orgulho pela profissão que se desempenha;
- **Orientação de Resultados:** Procurar o melhor para o paciente através do uso eficiente de recursos;
- **Atitude Inovadora:** Gerar ideias e adaptação a novas circunstâncias, através do trabalho em equipa;
- **Compromisso:** Assumir as competências individuais e os objetivos estabelecidos propostos pela organização de saúde;
- **Orientação ao cliente:** Trato personalizado ao utente através do respeito, empatia, educação e adaptar às características pessoais de cada um, sem esquecer a segurança do mesmo.

Este é o Hospital de referência da Extremadura Espanhola, pelo que o serviço de urgência atende utentes com variadas situações clínicas. O serviço de urgência é composto por quatro áreas bem diferenciadas: o serviço de admissão; área de consultas de patologias médicas e especialidades; área de traumatologia e uma área de observação de urgências. Está situado no piso térreo do hospital, na ala oeste, tem acesso direto pelo exterior e comunica interiormente com o resto do hospital (Servicio Extremeño de Salud [SES], 2018a). É constituído por:

- 10 consultas de atendimento imediato:
 - 2 salas de críticos/ emergência;
 - 1 consulta de urgências traumatológicas;
 - 1 sala de pensos e sala de gesos;
 - 3 consultas de patologias médicas;
 - 1 consulta de especialidades;
 - 1 sala de triagem;
 - 1 consulta de psiquiatria.
- Área de observação: 12 cadeirões;
- 3 Armazéns (farmácia, soros, material de consumo clínico, papelaria);
- Zona de admissão de urgências;
- Sala de riscos biológicos;
- Zona de radiologia de urgências;
- Área de observação de Urgências I (25 camas);
- Área de observação de Urgências II (14 camas);
- Área de observação de Urgências III (14 camas);

Relativamente aos recursos humanos, constituem a equipa (SES, 2018a):

- 1 Coordenador (médico);
- 1 Chefe de secção (médico);
- 18 Médicos especialistas;
- 10 Internos de Medicina;
- 1 Enfermeiro Supervisor;
- 1 Responsável de turno (enfermeiro);
- 35 Enfermeiros;
- 24 Auxiliares de enfermagem;
- 7 Administrativos.

A equipa de enfermagem é distribuída por turnos rotativos de manhã, tarde e noite, do seguinte modo (SES, 2018a):

- Turno da manhã:
 - Supervisor (de segunda a sexta);
 - Responsável de turno (de segunda a sexta);
 - 7 enfermeiros (2 Observação I, 3 consultas médicas, 1 consulta traumatologia, 1 Observação II).
- Turno da tarde:
 - 8 Enfermeiros (2 Observação I, 4 consultas médicas, 1 consulta de traumatologia, 1 observação II);
 - 5 Auxiliares de enfermagem (2 Observação I, 1 consultas médicas, 1 consulta de traumatologia, 1 observação II).
- Turno da noite:
 - 6 Enfermeiros (2 Observação I, 2 consultas médicas, 1 consulta de traumatologia, 1 observação II);
 - 4 Auxiliares de enfermagem (2 Observação I, 1 consultas médicas, 1 observação II).

Em qualquer um dos turnos, o doente na sala de críticos/ emergência, será atendido por todos os enfermeiros necessários e disponíveis, independentemente do posto de trabalho distribuído no momento da necessidade. O Enfermeiro que está na sala de triagem é o responsável pela sala de críticos/emergência. Sempre que entra um doente a abordagem inicial é feita por enfermeiro, médico e um auxiliar de enfermagem. Se necessário, um enfermeiro da consulta dá apoio (SES, 2018a).

A área de observação III, permanece fechada durante períodos de inatividade, e só é aberta quando há necessidade, por aumento de doentes. Quando é necessário abrir, a equipa é reforçada com recurso a trabalho extraordinário (SES, 2018a).

A distribuição do posto de trabalho, é realizada pelo supervisor, e surge identificado no horário mediante uma chave numérica rotatória e segundo as necessidades do serviço.

A área de saúde de Badajoz é a que tem maior número de população da comunidade autónoma da Extremadura e, por isso, é onde se encontra o maior número de recursos de saúde desta comunidade. Tem um carácter maioritariamente urbano, concentrando-se principalmente nas

imediações de Badajoz. Esta Área de Saúde faz fronteira geograficamente com a região alentejana portuguesa (Servicio Extremeño de Salud [SES], 2018b).

Quadro nº1- População da área de saúde de Badajoz de acordo com sexo e nacionalidade

	Espanhóis	Estrangeiros
Homens	130.133	3.628
Mulheres	134.422	3.702
Total	264.555	7.330
População total da área de Badajoz	271.885	

Fonte- SES, 2018b

Relativamente à atividade do serviço de urgência, os dados mais recentes divulgados referem-se ao ano de 2018. De acordo com o SES, no ano de 2018, foram atendidas no serviço de urgência 62.707 pessoas, com uma média diária de 171,82 doentes, 239,41 doentes atendidos/1000 habitantes (SES, 2018b).

1.2 HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA

O HESE, EPE, serve a população do Alentejo há mais de quinhentos anos. Durante este período, este hospital foi evoluindo e passou por várias designações, entre as quais: Hospital Real, Hospital do Espírito, Hospital da Misericórdia e, após o 25 de Abril de 1974, Hospital Civil e Hospital Distrital de Évora. Em 1996 voltou a designar-se Hospital do Espírito Santo, passando a Entidade Pública Empresarial (EPE) em 2007. Em 2008, o HESE-EPE passou a Hospital Central (HESE, 2020a).

O HESE-EPE é um hospital público geral, e integra a rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da Região Alentejo. É a maior e principal unidade hospitalar do território alentejano, a que oferece maior diferenciação. Desenvolve a sua atividade com base em elevados padrões de desempenho técnico-científico. Garante uma eficaz e eficiente gestão de recursos, humanização e promoção do desenvolvimento profissional dos seus colaboradores (HESE, 2020a). “O respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; a excelência técnica; cultura da melhor gestão; o respeito pelas normas ambientais; a promoção da qualidade; a ética, integridade e transparência;

a motivação e o trabalho de equipa” são valores pelos quais este Hospital se rege (HESE, 2020a).

O HESE encontra-se situado na cidade de Évora e é constituído por três edifícios: um de tipo convencional, com mais de 500 anos, propriedade da Santa Casa da Misericórdia de Évora, onde se situam os serviços administrativos e de apoio, o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e o ambulatório do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental; Junto a este, está o edifício do Espírito Santo, inaugurado em 1975, onde se encontram a maior parte dos serviços de internamento, meios complementares de diagnóstico, o Serviço de Urgência Geral e Pediátrica, Bloco Operatório, Cirurgia de Ambulatório, Unidade de Convalescença, Serviço de Patologia Clínica e de Imagiologia. Por último, separado dos anteriores por uma avenida, encontra-se o edifício do Patrocínio, onde estão alocados os serviços de internamento das Medicinas e Psiquiatria, o Serviço de Imunohemoterapia, a Neurologia, o Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação, o Serviço Social e Gabinete do Utente, as Consultas Externas, a Unidade de Radioterapia, a Oncologia, o Serviço de Gestão de Doentes, o Arquivo e a Cozinha. Os Serviços de Nefrologia, Anatomia Patológica, o de Segurança e Saúde no Trabalho, Serviços Farmacêuticos e a Lavandaria encontram-se situados em edifícios anexos (HESE, 2020a).

A sua área de influência direta, distrito de Évora, abrange 155 mil pessoas, correspondendo ao Alentejo central. Em segunda linha abrange cerca de 319 mil pessoas, correspondente a toda a região do Alto Alentejo, Baixo Alentejo e Alentejo Litoral (HESE, 2020a).

1.2.1 Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC)

A Unidade de Cuidados intensivos Cardíacos (UCIC) do HESE-EPE foi inaugurada em 2007, está inserida no Serviço de Cardiologia e oferece cuidados de saúde cardiológicos diferenciados, a doentes procedentes dos diversos serviços do hospital em particular da Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI). Está situada no 5º piso e é composta por 6 unidades de doentes com monitorização multiparamétrica e possibilidade de monitorização invasiva, proporciona também a possibilidade de monitorização de doentes internados no serviço de cardiologia através de telemetria. Dispõe de um ventilador para ventilação invasiva, de um equipamento de ventilação não invasiva e outros equipamentos essenciais ao funcionamento da unidade. É uma unidade de tipologia aberta, em que todas as unidades do doente são visíveis pelos profissionais de saúde da bancada de monitorização central. (HESE, 2020a)

Relativamente aos recursos humanos, existem 2 enfermeiros por turno, sendo que um é o responsável pela gestão de cuidados da unidade, normalmente é o enfermeiro especialista. O método de trabalho é o individual. No que respeita aos cuidados médicos, estes são assegurados pela equipa de cardiologistas. Há um responsável pela unidade que diariamente, pela manhã, avalia os doentes e existe sempre um cardiologista de serviço 24h, para responder às necessidades dos doentes.

Relativamente à atividade da UCIC, os dados divulgados dizem respeito ao ano de 2019. No ano de 2019, foram admitidos na UCIC 565 pessoas, dos quais 434 provenientes do SU, 15 das consultas, 109 de transferências e 7 de outra proveniência. O tempo médio de internamento foi 3,07 dias, com uma taxa de ocupação de 79,41%. Relativamente à alta da UCIC, 21 doentes faleceram, 102 tiveram alta para o domicílio e 394 foram transferidos para outros serviços. Todos estes doentes eram do foro cardiológico (HESE, 2020b).

1.2.2 Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI)

A UADCI foi inaugurada no dia 19 de Junho de 2009, tem como missão responder às necessidades da população do Alentejo em diferentes valências. Funciona em dias úteis das 8h-21h. Fora deste horário, desde o dia 17 de Dezembro de 2012, as situações emergentes, angioplastias primárias, são asseguradas por uma equipa em regime de prevenção permanente (médico, enfermeiro, técnico de cardiopneumologia e técnico de radiologia) (HESE, 2020a).

Encontra-se em termos de gestão na dependência do Serviço de Cardiologia, é uma unidade multidisciplinar, abrangendo as áreas da Cardiologia de Intervenção, Nefrologia e Cirurgia Vascular. A Cardiologia de Intervenção, é a área que mais atividades desenvolve na UADCI, cerca de 80% do tempo de funcionamento da unidade, subdividindo-se na área da hemodinâmica, com a realização de coronariografias e angioplastias coronárias, e na área da arritmologia, Unidade de *Pacing*, com implantação de pacemakers definitivos, desfibrilhadores e ressincronizadores cardíacos. A Nefrologia de Intervenção efetua revisão de fistulas, flebografias, arteriografias e, quando necessário, angioplastias dos acessos vasculares de doentes hemodialisados. A área da Cirurgia Vascular funciona com a realização de angiografias dos membros inferiores e tratamento de lesões quando indicado (HESE, 2020a).

Relativamente aos recursos humanos, a equipa é multidisciplinar, abrangendo profissionais de diversas áreas, nomeadamente: 3 Médicos Cardiologistas de Intervenção, 4 Médicos Cardiologistas da Unidade de *Pacing*, 6 médicos de Nefrologia de Intervenção, 1 Médico de Cirurgia

Vascular, 4 Técnicos de Cardiopneumologia, 6 Técnicos de Radiologia, 2 Assistentes Operacionais, 1 Assistente Administrativa. A equipa de enfermagem é composta por três enfermeiros fixos e cinco com horário alternado entre a UADCI e o serviço de internamento de cardiologia, estando escalados 2 enfermeiros por turno.

Relativamente à atividade da UADCI, os dados divulgados referem-se ao ano de 2019. Seguidamente, expõe a atividade da UACDI, no ano de 2019, por área de intervenção (HESE, 2020c):

- Nefrologia de intervenção: 60 doentes;
- Cirurgia vascular, 70 doentes: 2 angiografia carotídea; 10 angiografia íleo femoral; 1 angiografia renal; 1 angiografia subclávia; 7 angiografia+ angioplastia carotídea; 43 angiografia+ angioplastia íleo femoral; 1 angiografia+ angioplastia subclávia; 5 angiografia+ angioplastia tibio-peroneal e pediosa; 1 aorta diagnóstico+ intervenção; 2 outra intervenção endovascular; 1 outro diagnóstico.
- Hemodinâmica, 926 doentes: 87 angioplastias; 434 coronariografias; 6 cateterismos direitos; 492 coronariografias+ angioplastias.
- Arritmologia, 291 doentes: 25 CDI; 6 CRTP; 10 CRTD; 239 pacemakers; 11 registor de eventos implantável.

2. ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO MAJOR

2.1 FUNDAMENTAÇÃO

Sendo as DCV a principal causa de morte no nosso país, esta torna-se uma área de intervenção que deve ser considerada prioritária. Está associada ao estilo de vida, e mesmo após o diagnóstico, é fundamental o controlo dos fatores de risco (sedentarismo, obesidade, tabagismo, hipertensão) e a adesão ao regime terapêutico, desempenhando os enfermeiros um papel crucial nesta área de intervenção (European Society of Cardiology [ESC], 2019; Reveles *et al.*, 2018).

É indiscutível a relevância do autocuidado no sucesso do tratamento estabelecido e no controlo de uma condição crónica. O autocuidado remete-nos para a capacidade de indivíduos/famílias na promoção e manutenção da saúde e prevenção de doenças, assim como para a adoção de estilos de vida saudáveis e adesão às recomendações de tratamento (WHO, 2019). Assim, seguindo a linha de investigação a segurança e qualidade de vida, na área “Autocuidado e gestão do regime terapêutico no doente crítico”, surge a temática **“O Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária”**. O desenvolvimento desta intervenção major foi realizada durante o período de estágio na UADCI e UCIC.

2.2 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

A pessoa com doença coronária tem necessidade de autocuidado diário para manutenção, monitorização e gestão da sua condição. Para o desenvolvimento dessa capacidade de autocuidado, o EEEMC assume um papel essencial, não só na identificação das necessidades da pessoa/família, como também no ensino, promoção de estilos de vida saudáveis e controlo dos fatores de risco.

2.2.1 Doença Coronária na Atualidade

As doenças cardiovasculares incluem as doenças relacionadas com a hipertensão, o colesterol, a diabetes e o tabagismo, sendo as causas de morte mais comuns relativas a estas as isquemias cardíacas e as doenças vasculares cerebrais (Eurostat, 2019).

Em 2018, em Portugal (incluindo mortes de residentes no estrangeiro) as doenças do aparelho circulatório foram as responsáveis por 29% do total de óbitos, com um decréscimo de 0,4% em relação a 2017. No que diz respeito às doenças cardiovasculares, 11 235 óbitos foram devido a doenças cerebrovasculares (11 194 de residentes no país e 22 de não residentes) e 7 241 por doença isquémica do coração (7 152 de residentes no país e 24 de não residentes) (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020).

A maioria das mortes no país (incluindo as de residentes no estrangeiro) devido a doenças do aparelho circulatório foram em pessoas com 65 e mais anos, representando 91,3% da totalidade de óbitos por esta causa. 54,7% desses óbitos foram de mulheres. Relativamente ao grupo etário, 78,4% dos óbitos de mulheres por esta causa sucederam a partir dos 80 anos, e 60,4% a partir dos 85 anos, de forma mais acentuada em idades avançadas do que no caso dos homens. Estes registaram apenas 55,9% dos óbitos por esta causa a partir dos 80 anos e 36,9% a partir dos 85 anos (INE, 2020).

Também o relatório *Health at a Glance* (2019), refere que as doenças circulatórias, principalmente o EAM e AVC, mantém-se como a principal causa de mortalidade na maioria dos países da OCDE, sendo responsável por quase uma em cada três mortes. Embora as taxas de mortalidade tenham diminuído na maioria dos países da OCDE ao longo do tempo, o envelhecimento da população, as taxas crescentes de obesidade e diabetes podem dificultar outras reduções (OCDE, 2019).

Segundo o mesmo relatório, Portugal integra o grupo de países com maior nível de envelhecimento. Entre 1960 e 2017, a proporção da população com 65 anos ou mais aumentou de 9% para mais de 17%. Estima-se que em 2050, possa atingir valores de 35% para população com 65 anos ou mais e 13,4% para a população com mais de 80 anos (Fernandes, 2020).

As doenças crónicas afetam um número cada vez maior de pessoas em todo o mundo. Em particular, as DCV, diabetes, cancro e doenças do foro respiratório, tem um grande impacto na mortalidade e na morbilidade, assim como nos níveis de dependência e incapacidade. O aumento crescente das doenças crónicas está a provocar uma sobrecarga nos sistemas de saúde, tanto ao nível das respostas como da sua sustentabilidade (Fernandes, 2020).

Segundo a WHO (2017) as doenças cardiovasculares podem ser prevenidas uma vez que estão diretamente relacionadas com os estilos de vida, passando a estratégia por atuar sobre os fatores de risco comportamentais, com vista a mudanças adequadas nos estilos de vida dos indivíduos.

Os indicadores de mortalidade evitável podem fornecer um "ponto de partida" geral para avaliar a eficácia da saúde pública e dos sistemas de saúde na redução de mortes prematuras por várias doenças e lesões. A mortalidade evitável é definida como causas de morte que podem ser evitadas, principalmente por meio de intervenções efetivas de saúde pública e prevenção primária. Em 2017, quase 3 milhões de mortes prematuras nos países da OCDE poderiam ter sido evitadas através de melhores intervenções de prevenção e assistência médica, equivalendo a mais de um quarto de todas as mortes (OCDE, 2019).

A principal causa tratável da mortalidade são as doenças circulatórias, principalmente EAM e AVC, responsáveis por 36% das mortes prematuras passíveis de tratamento. A mortalidade tratável é definida como causas de morte que podem ser evitadas principalmente por meio de intervenções de saúde adequadas e eficazes, incluindo prevenção e tratamento secundários (OCDE, 2019).

A doença arterial coronária (DAC) é definida como um processo patológico caracterizado pela acumulação de placa aterosclerótica nas artérias epicárdicas. Esse processo pode ser alterado por ajustes no estilo de vida, terapias farmacológicas e intervenções invasivas projetadas para obter estabilização ou regressão da doença. É uma doença crônica, geralmente progressiva, grave, mesmo em períodos clinicamente e aparentemente estáveis (ESC, 2019).

Pode ter longos períodos estáveis, podendo tornar-se instável a qualquer momento, geralmente devido a um evento aterotrombótico agudo causado por rutura ou erosão da placa. Devido à natureza dinâmica do seu processo, a DAC resulta em várias apresentações clínicas, que podem ser categorizadas como síndromes coronárias agudas (SCA) ou síndromes coronárias crônicas (SCC) (ESC, 2019).

Os fatores de risco da doença coronária podem dividir-se em não modificáveis e modificáveis. Os fatores de risco modificáveis estão relacionados com o estilo de vida (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo, stress) e os não modificáveis englobam a idade, o género, a etnia e a história familiar/genética (Fundação Portuguesa de Cardiologia [FPC], 2019; European Society of Cardiology [ESC], 2016).

A gestão geral do SCC, tem como objetivo reduzir os sintomas e melhorar o prognóstico através de medidas farmacológicas e intervenções apropriadas, assim como controlar fatores de risco, incluindo comportamentos no estilo de vida e aqui entra o autocuidado. Segundo o estudo COURAGE, a terapia ideal realça o papel fundamental do enfermeiro na promoção da adesão aos medicamentos, aconselhamento comportamental e suporte para os fatores de risco relacionados com o estilo de vida (ESC, 2019).

A adoção de um estilo de vida saudável, incluindo cessação tabágica, atividade física recomendada, dieta saudável e manutenção de um peso saudável, diminui o risco de eventos cardiovasculares e mortalidade subsequentes e é adicional à terapia de prevenção secundária apropriada. Os benefícios são evidentes aos 6 meses (ESC, 2019).

A ESC (2019) apresenta como recomendações sobre estilo de vida para pessoas com SCC:

- Parar de fumar: Utilizar estratégias farmacológicas e comportamentais para ajudar as pessoas a parar de fumar. Evitar fumar passivamente;
- Dieta saudável: dieta rica em vegetais, frutas e cereais integrais. Limite de gordura saturada a <10% da ingestão total. Limite de álcool a <100 g / semana ou 15 g / dia;
- Atividade física: 30 a 60 minutos de atividade física moderada na maioria dos dias, mas mesmo atividades irregulares são benéficas;
- Peso saudável: Obter e manter um peso saudável (<25 kg / m²) ou reduzir o peso com a ingestão de energia recomendada e o aumento da atividade física;
- Outros: Tomar a medicação conforme prescrito. A atividade sexual é de baixo risco para pacientes estáveis, não sintomáticos em níveis de atividade baixos a moderados.

O tabagismo é uma das principais causas de várias doenças, incluindo doenças cardiovasculares, cancro e doenças do foro respiratório, como doença pulmonar obstrutiva crônica. A WHO (2017) estima que o fumo do tabaco mata 7 milhões de pessoas no mundo todos os anos, das quais mais de 1,2 milhão de mortes são devidas ao fumo passivo e 65.000 são crianças (OCDE, 2019).

A cessação tabágica melhora o prognóstico em pessoas com SCC, incluindo uma redução de 36% no risco de mortalidade para quem deixa de fumar. As medidas para promover a cessação tabágica passam por aconselhamento, intervenções comportamentais e terapia farmacológica, incluindo reposição de nicotina. Devem também evitar o tabagismo passivo (ESC, 2019).

Uma dieta saudável está associada a melhores resultados de saúde. Os adultos que seguem uma dieta rica em frutas e legumes e com pouca gordura, açúcares e sal/sódio têm um risco menor de desenvolver uma ou mais doenças cardiovasculares e certos tipos de cancro. Uma dieta saudável também pode reduzir a probabilidade de sobrepeso ou obesidade. Em 2017, o consumo inadequado de frutas e vegetais levou a uma estimativa de 3,9 milhões de mortes em todo o mundo (OCDE, 2019).

Dietas não saudáveis são um dos principais fatores para a DAC e sua progressão, e alterações na dieta para hábitos alimentares saudáveis em pessoas com SCC contribuíram para uma redução na mortalidade e de eventos cardiovasculares. É recomendado um padrão alimentar mediterrâneo rico em frutas e legumes, fibras, gorduras poliinsaturadas, nozes e peixe, consumo de sal $\leq 5-6$ g por dia, evitando ou limitando carboidratos refinados, carne vermelha, laticínios e gordura saturada (ESC, 2019).

Uma das causas principais de morte e invalidez em todo o mundo é o consumo de álcool, principalmente naquelas em idade ativa. A ingestão de álcool em grandes quantidades é um fator de risco importante para DCV, cirrose hepática e alguns tipos de cancro, mas mesmo o consumo baixo e moderado de álcool aumenta o risco a longo prazo dessas doenças (OCDE, 2019).

A obesidade é um fator de risco importante para muitas doenças crônicas, nomeadamente, diabetes, doenças cardiovasculares e cancro. O consumo excessivo de alimentos ricos em calorias e estilos de vida cada vez mais sedentários contribuíram para o aumento das taxas globais de obesidade. Nas últimas décadas, as taxas de obesidade têm aumentado em quase todos os países da OCDE, em que 56% da população tem sobrepeso ou obesidade. No Chile, México, Estados Unidos, Finlândia, Portugal e Nova Zelândia, as taxas de obesidade são substancialmente mais elevadas que a média da OCDE (OCDE, 2019).

O risco de incidência de doenças cardiovasculares e mobimortalidade é maior em pessoas com sobrepeso ou obesidade quando comparado com pessoas com IMC normal ($20 - 25 \text{ kg} / \text{m}^2$). O perímetro abdominal é um marcador da obesidade central e está fortemente associada ao desenvolvimento de DCV e diabetes. Recomenda-se um perímetro abdominal ≤ 94 cm para homens (< 90 cm para homens do sul da Ásia e da Ásia) e ≤ 80 cm para mulheres (ESC, 2019).

O exercício físico contribui para inúmeros efeitos benéficos nos fatores de risco cardiovasculares e na fisiologia do sistema cardiovascular. As recomendações de atividade física para pacientes com SCC são de 30 a 60 minutos de atividade aeróbica de intensidade moderada ≥ 5 dias por semana. Mesmo atividades físicas irregulares de lazer diminuem o risco de mortalidade entre pessoas previamente sedentárias, e o aumento da atividade está associado a menor mortalidade cardiovascular (ESC, 2019).

As pessoas com SCC geralmente preocupam-se com o risco cardiovascular associado à atividade sexual. O risco de desencadear morte súbita ou EAM é muito baixo, especialmente quando a atividade sexual é com um parceiro estável num ambiente familiar sem stress, ou

ingestão excessiva de alimentos ou álcool antecipadamente. A atividade física regular diminui o risco de eventos adversos durante a atividade sexual (ESC, 2019).

A adesão a estilos de vida saudáveis e à medicação é considerada um desafio. Assim, promover a mudança de comportamento e a adesão à medicação deve fazer parte integrante da atuação dos profissionais, onde o enfermeiro assume um papel fundamental. Segundo o estudo GOSPEL, que incidiu sobre estratégias globais de prevenção secundária para limitar a recorrência de eventos após EAM, um acompanhamento a longo prazo, inicialmente intensivo durante 6 meses e depois cada 6 meses durante três anos, resultou em melhorias significativas nos fatores de risco e consequentemente na mortalidade e morbidade (ESC, 2019).

Os objetivos do tratamento farmacológico de pessoas com SCC são reduzir os sintomas de angina e isquemia induzida pelo exercício e prevenir eventos cardiovasculares. O alívio imediato dos sintomas anginosos, ou a prevenção de sintomas em circunstâncias que provavelmente provocam angina, geralmente são obtidos com formulações de nitroglicerina de ação rápida. O tratamento farmacológico, mas também alterações no estilo de vida, exercício físico regular, educação da pessoa e revascularização desempenham um papel fundamental na minimização ou erradicação dos sintomas a longo prazo (ESC, 2019).

Segundo a ESC (2016), apesar de existirem vários tipos de intervenções eficazes para melhorar a adesão à medicação, a adesão à medicação em indivíduos de alto risco e em doentes com DCV é baixa. Assim, recomenda-se simplificar o regime de tratamento para o nível mais baixo aceitável, com monitorização e feedback repetitivos. Em caso de não adesão persistente, recomenda-se intervenções comportamentais combinadas ou em várias sessões (Nível de evidência A, Classe de recomendação I). Recomenda-se avaliação da adesão aos medicamentos e identificação dos motivos da não adesão, a fim de adequar novas intervenções (Nível de evidência C, Classe de recomendação I).

A vacinação anual contra *influenza* é recomendada para pessoas com DAC, especialmente nos idosos. A vacinação anual contra *influenza* pode melhorar a prevenção do EAM em pessoas com SCC, alterar o prognóstico da IC e diminuir a mortalidade cardiovascular em adultos com idade ≥ 65 anos (ESC, 2019).

Assim, o autocuidado surge como um elemento essencial da gestão diária da DAC, que implica a prática de determinados comportamentos de manutenção da estabilidade (adesão terapêutica, regime alimentar, exercícios...), monitorização e gestão dos sintomas.

2.2.2. Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária

O Enfermeiro, na procura da excelência no seu desempenho profissional, apoia as pessoas no alcance do maior potencial de saúde e a prevenir complicações para a saúde, maximiza o bem-estar e juntamente com a pessoa desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2001).

A prevenção adequada de DCV exige um elevado nível de competências individuais de autocuidado (Aaby, Friis, Christensen, Rowlands & Maindal, 2017).

Para Dickson, Lee, Yehle, Mola & Faulkner, (2016) o autocuidado é um componente essencial na gestão diária da doença coronária, com necessidade de adotar comportamentos que mantenham estabilidade, monitorização e gestão dos sintomas. Refere-se à adesão às recomendações de tratamento, resposta aos sintomas e adoção de estilos de vida saudáveis, como a cessação tabágica e o controle de peso. O autocuidado abrange comportamentos de manutenção, monitorização e gestão.

Após o diagnóstico de doença coronária, a pessoa deve seguir recomendações referentes a estilos de vida saudáveis e administração de medicação a fim de manter estabilidade fisiológica. A monitorização e gestão precoce de sintomas pode evitar a necessidade de recorrer ao SU e de internamento (Dickson *et al.*, 2016).

Apesar da grande importância do autocuidado, as pessoas geralmente recebem pouca informação e/ou pouco detalhada. Como consequência, principalmente nos primeiros seis meses após a alta hospitalar, os doentes referem desconhecimento sobre etiologia, fatores de risco e gestão/monitorização das DCV, não conseguindo satisfazer as suas necessidades de autocuidado (Mohammadpour, Sharghi, Khosravam, Alami & Akhond, 2015).

Segundo a Fundação Portuguesa de Cardiologia (2019), a redução da incidência das DCV só será possível se existir literacia em saúde sobre o seu significado, incidência, complicações e fatores de risco, assim como empenho do doente na sua prevenção e tratamento.

A baixa literacia em saúde é considerada um fator de risco para diversas doenças relacionadas a comportamentos, entre elas as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade e cancro (Reveles *et al.*, 2018).

A educação em saúde, com o enfermeiro no papel principal, assume extrema importância para o autocuidado da pessoa com doença coronária. A pessoa com DAC deve ser detentora de conhecimento, motivação e competências para aceder, entender e aplicar os conhecimentos em saúde, a fim de tomar decisões em relação à sua saúde.

Através de intervenções de enfermagem é possível obter ganhos em saúde, e a implementação de ensino estruturado a doentes com DAC é um bom método para melhorar fatores de risco cardiovascular (Reveles *et al.*, 2018).

Para Orem (1991) todas as pessoas tem potencialidade para desenvolver conhecimentos e competências, mantendo a motivação adequada para o autocuidado e cuidado aos seus dependentes. O modelo do autocuidado proposto por Orem foi desenvolvido na década de 1950. O foco principal desta teoria está nas habilidades individuais de manutenção da saúde e autocuidado. Segundo esta, a maioria das pessoas tem potencial para o autocuidado, da mesma forma que o conhecimento, a motivação e as habilidades de autocuidado dos indivíduos os ajudam a desenvolver o autocuidado. Quando as necessidades de autocuidado superam a capacidade de autocuidado, no caso de doenças crônicas como a doença coronária, as pessoas sofrem desvios de saúde e carecem de cuidados (Mohammadpour *et al.*, 2015).

O Autocuidado no Desvio de Saúde está relacionado com a pessoa perante situações de doença ou lesão ou que são submetidas a diagnóstico ou tratamento médico. Estas pessoas encontram novas exigências que podem ir deste: procurar ajuda de profissional de saúde; ter consciência das consequências que poderão resultar da própria doença; necessidade de realizar medidas diagnósticas; efeitos secundários do tratamento; alteração do autoconceito e autoimagem, aceitando a sua condição e necessidades específicas de cuidados de saúde; aprender a viver com as alterações impostas pela doença e/ou pelas medidas diagnósticas e terapêuticas no estilo de vida, promovendo continuamente o desenvolvimento pessoal (Orem, 1991).

É neste contexto que surge a intervenção do enfermeiro, na satisfação dessas necessidades de autocuidado. Ao seguir esta teoria, o enfermeiro avalia o conhecimento, a motivação e as habilidades de autocuidado das pessoas e determina as suas necessidades de autocuidado.

Orem (1991), identifica cinco métodos de ajuda a seguir: agir ou fazer para outra pessoa; guiar e orientar; apoiar física e psicologicamente; proporcionar e manter um ambiente que fomente o desenvolvimento pessoal; ensinar o outro. Assim, o Enfermeiro, para proporcionar ajuda com autocuidado, pode utilizar um ou todos os métodos (George, 2000).

Riegel *et al.*, (2012) define o autocuidado como um sistema de manutenção da saúde através de intervenções de promoção da saúde e gestão de doenças, que englobam comportamentos de manutenção, monitorização e gestão. A manutenção do autocuidado é definida como os comportamentos usados pela pessoa com uma doença crónica para manter a estabilidade física e emocional. Esses comportamentos podem ser totalmente autodeterminados ou refletir recomendações da equipa multidisciplinar. A monitorização do autocuidado refere-se ao processo

de observar a si mesmo relativamente a alterações nos sinais e sintomas. A gestão do autocuidado é definida como a resposta a sinais e sintomas quando eles ocorrem (Riegel *et al.*, 2012).

A adesão é um componente essencial da manutenção do autocuidado. A adesão a terapias que demonstram ser baseadas em evidências está associada aos melhores resultados. O objetivo dos profissionais de saúde é trabalhar em colaboração com a pessoa para negociar a adoção de tantos comportamentos preconizados quanto ela puder tolerar e aceitar, com ênfase nas terapias com as melhores evidências para apoiá-las (Riegel *et al.*, 2012).

A pessoa com uma doença crónica, como a DAC, deve ter a capacidade de reconhecer sinais e sintomas e iniciar o processo de tomada de decisão sobre quais as ações necessárias. Quando os sinais e sintomas são detetados precocemente e a sua gravidade compreendida, é possível iniciar medidas antes que a situação clínica piore. A monitorização do autocuidado é o elo entre a manutenção e a gestão do autocuidado. A gestão do autocuidado diz respeito à avaliação das alterações nos sinais e sintomas físicos e emocionais para determinar se é necessária uma ação. Uma pessoa com prática no autocuidado compreende o significado das alterações e é capaz de simular mentalmente as opções e tomar uma decisão. Se é necessária uma resposta, a gestão do autocuidado abrange a implementação e avaliação da eficácia do tratamento (Riegel *et al.*, 2012).

A capacidade de tomar decisões informadas e utilizar os recursos de saúde disponíveis contribui para a gestão eficaz da doença (WHO, 2019). O EUROACTION, estudo randomizado controlado, demonstrou que um programa liderado por enfermeiros era mais eficaz na mudança para estilos de vida mais saudáveis e melhoria de fatores de risco que os cuidados habituais (ESC, 2019).

Os esforços para melhorar o autocuidado baseiam-se em evidências de que isso melhorará os resultados em saúde. Uma revisão sistemática recente de intervenções lideradas por enfermeiros, visando o autocuidado em doentes com doença coronária, constatou que os resultados mais frequentemente relatados foram melhoria da qualidade de vida e redução da necessidade de procurar cuidados de saúde (Dickson *et al.*, 2016).

Conclui que a pessoa com DAC apresentam uma grande necessidade de ensino, apoio e aconselhamento sobre o autocuidado, cabendo ao enfermeiro identificar as suas necessidades e sistematizar e intervir de forma ativa, eficaz, holística e individualizada para melhorar a capacidade de autocuidado.

A escala do autocuidado para a pessoa com doença coronária surge como um instrumento válido e confiável, essencial na avaliação de determinados parâmetros do autocuidado,

permitindo uma intervenção individualizada. Esta escala pretende avaliar o conhecimento das pessoas com doença coronária sobre manutenção do autocuidado; identificar qual a capacidade das pessoas com doença coronária na gestão do autocuidado; identificar a autonomia das pessoas com doença coronária no autocuidado (Dickson *et al.*, 2016).

2.2.3 Escala do Autocuidado na Doença Coronária

Dickson, V. *et al.*, (2016) desenvolveram uma escala com 22 itens, que avalia o conhecimento das pessoas com doença coronária sobre a manutenção, a capacidade de gestão e a autonomia no autocuidado. Os itens referentes à manutenção de autocuidado refletem 10 comportamentos comuns recomendados para manter a estabilidade das pessoas com doença arterial coronariana: manter consultas médicas, tomar aspirina ou outro anticoagulante/antiagregante, avaliar a tensão arterial, exercitar-se, tomar medicamentos, fazer dieta com pouca gordura, usar um sistema de lembrete de medicamentos, comer frutas e legumes, evitar fumar e locais com fumo, controlar peso corporal. Os entrevistados classificam com que frequência se envolvem em cada comportamento numa escala ordinal que varia de 1 (nunca ou raramente) a 4 (sempre ou diariamente). Foi utilizada uma escala de 4 pontos para evitar resposta neutra.

Os itens da escala relativos à gestão de autocuidado incluem os conceitos de monitorização e gestão, com perguntas sobre reconhecimento de sintomas e ações em resposta a sintomas (ou seja, acalmar, descansar, tomar nitroglicerina se prescrita, ligar para médico/enfermeiro, tomar aspirina) e avaliação da eficácia de uma ação para uso futuro. A escala de gestão de autocuidado é concluída e pontuada se ocorrerem sintomas de dor no peito, pressão no peito, ardor, peso, dificuldade em respirar ou fadiga no mês anterior. Ou seja, se o entrevistado indicar que não houve sintomas no mês anterior, o restante da escala não será concluído ou pontuado. O reconhecimento é classificado numa escala ordinal (0 não reconhecido como 4 de forma muito rápida). Os comportamentos de gestão são classificados em termos de probabilidade de ação (“qual a probabilidade de usar”) em resposta a um sintoma (1 nada provável; 4 muito provável). A eficácia do tratamento é avaliada com um único item, pedindo a certeza da utilidade da ação, classificada numa escala ordinal (0 não tentei nada, 1 não tenho certeza e 4 tenho a certeza absoluta).

Os itens da escala de confiança de autocuidado avaliam a confiança na capacidade de manter-se livre de sintomas, seguir o tratamento aconselhado, reconhecer mudanças na saúde, avaliar a importância dos sintomas, fazer alguma coisa para aliviar os sintomas e avaliar a eficácia

do procedimento. Assim, reflete a confiança na capacidade de executar efetivamente todos os elementos de manutenção, monitorização e gestão do autocuidado. A escala de confiança de autocuidado é uma escala ordinal que varia de 1 (nada confiante) a 4 (extremamente confiante).

2.3 METODOLOGIA

Seguiu a metodologia de projeto, sendo esta uma metodologia que visa a resolução de problemas, de modo a adquirir capacidades e competências de características pessoais pela realização e aplicação de projetos numa situação real, “constituindo-se assim como uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática.” (Ruivo *et al.*, 2010:3).

Esta metodologia é organizada em diferentes etapas: “Diagnóstico da situação; Planificação das atividades, meios e estratégias; Execução das atividades planeadas; Avaliação e Divulgação dos resultados obtidos” (Ruivo *et al.*, 2010:5).

2.3.1 Diagnóstico

O diagnóstico da situação é a primeira etapa da metodologia de projeto e tem como objetivo descrever o problema sobre o qual se pretende atuar. A realização de um projeto visa colmatar as necessidades identificadas (Ruivo *et al.*, 2010).

O diagnóstico da situação surge, após uma entrevista não estruturada com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora da UADCI, onde se constata a necessidade de monitorizar o autocuidado e uniformizar o ensino da pessoa com doença coronária. Estando previsto o início das consultas de enfermagem de follow up na UADCI, decidiu, entre outras atividades, traduzir e adaptar a escala do Autocuidado na doença coronária, “Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory” de Victoria Vaughan Dickson, (Dickson, 2016) para a população portuguesa, pois será um instrumento de trabalho importante a utilizar na futura consulta, no sentido da monitorização do autocuidado dos doentes.

2.3.2 Objetivos

Após a realização do diagnóstico da situação, foram definidos os objetivos. Estes “apontam os resultados que se pretende alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão desde o geral ao mais específico” (Ruivo *et al.*, 2010:18).

Objetivo Geral:

- Avaliar o nível de adequação do autocuidado da pessoa com doença coronária através da aplicação da Escala do Autocuidado para a Pessoa com Doença Coronária (EA-CPDC).

Objetivo específico:

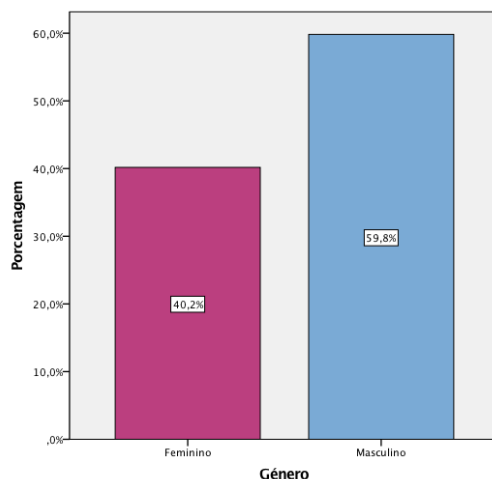
- Definir a amostra de pessoas do serviço de cardiologia a quem será feita a intervenção;
- Aplicar a escala para avaliação do nível de adequação do autocuidado da pessoa/ família com doença coronária;
- Intervir junto da pessoa família com doença coronária, de acordo com o nível de adequação do autocuidado, através de educação para a saúde individualizada de acordo com as necessidades;
- Avaliar as intervenções realizadas face aos resultados esperados, tendo por base as três dimensões da escala;
- Deixar no serviço os resultados obtidos, com recomendações sobre a importância de usar instrumentos validados para monitorizar o doente com doença coronária.

2.3.3 População Alvo

O tamanho da amostra foi calculado como preconiza a literatura, cinco vezes o número de itens da escala (Coutinho, 2014). A amostra deve ser constituída no mínimo por 110 doentes, a partir do grupo de doentes inscritos na consulta de Cardiologia do HESE, EPE. Os critérios de inclusão foram: frequentar as consultas supracitadas; ter diagnóstico médico de doença coronária; estar orientado no tempo, espaço e pessoa, para realizar esta avaliação recorreu-se ao Mini Exame do Estado Mental; ter idade superior a 18 anos e aceitar participar no estudo. A amostra final foi constituída por 112 doentes.

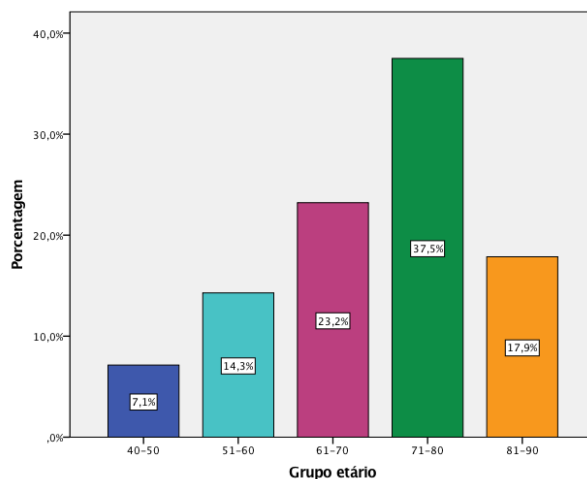
Após a análise dos dados sócio-biográficos da amostra, constituída por 112 pessoas com doença coronária, constata-se que é maioritariamente masculina (59,8%), como representa o gráfico abaixo.

Gráfico nº1- Distribuição da amostra por género



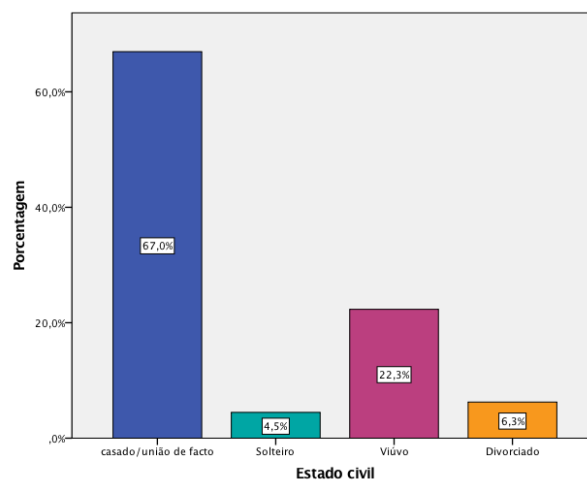
A idade média é de 69,79 anos, havendo idades compreendidas entre os 42 e os 90 anos. A faixa etária predominante é a dos 71-80 anos, como pode ser analisado:

Gráfico nº2- Distribuição da amostra por grupo etário



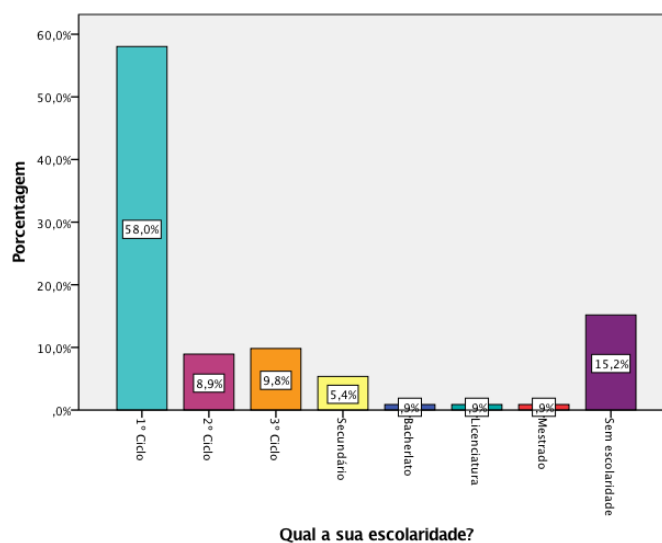
No que diz respeito ao estado civil, a maioria, 67% dos participantes são casados/união de facto e apenas 4,5% são solteiros.

Gráfico nº 3- Distribuição da amostra por estado civil

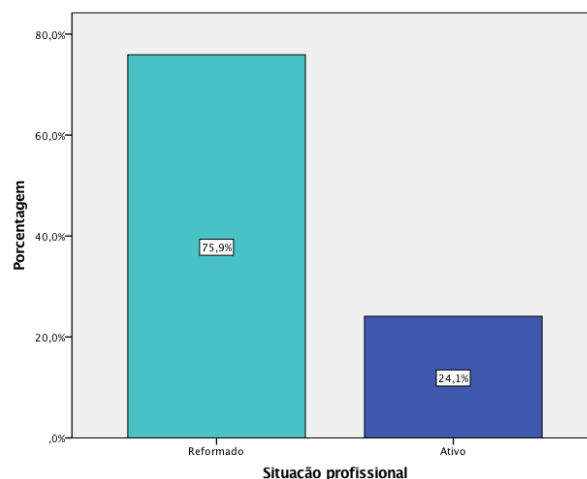


Relativamente às habilitações literárias, a maioria tem o 1º ciclo do ensino básico (58%), 15,2% não tem escolaridade e apenas 2,7% terminou o ensino superior.

Gráfico nº4- Distribuição da amostra por escolaridade



Em relação à situação profissional, 75,0% dos participantes estão reformados, e apenas 24,1% se encontra no ativo.

Gráfico nº5- Distribuição da amostra por situação profissional

2.3.4 Escala de Autocuidado para a Pessoa com Doença Coronária

Procedeu-se à adaptação para a língua portuguesa da Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI) (Dickson, 2016) (Anexo I), a qual se designará em Portugal por Escala de Autocuidado para a Pessoa com Doença Coronária (EACPDIC) (Apêndice II). Foram seguidas as orientações da autora, bem como o referencial teórico de suporte à escala original. Inicialmente foi solicitada autorização à autora para realizar o processo de tradução e validação/adaptação da escala para a língua portuguesa, tendo sido cedida. De seguida procedeu-se à tradução por dois tradutores (portugueses), um com experiência em traduções (inglês/português/inglês) e o outro profissional de saúde. Os 2 tradutores trabalharam de forma independente e cada um realizou a sua tradução, resultando, 2 versões em português. Posteriormente, através das duas versões em português, foram discutidas diferenças e utilizadas palavras mais próximas do significado da versão original, foi construída uma versão. Seguidamente foram recrutados 2 novos tradutores, com língua materna em inglês e experiência em traduções, sem ligação à área da saúde, para a retrotradução. Não tinham conhecimento da versão original da escala e trabalharam de forma independente um do outro. Resultando 2 versões em inglês. Estas duas versões foram analisadas e discutidas as diferenças, das quais resultou a versão final. Esta versão foi enviada para a autora, para uma verificação final. A autora identificou correções sobre a percebilidade, que foram sendo corrigidas até à aceitação da versão final, encontrando-se a escala

traduzida disponível através do seguinte link <http://self-care-measures.com/wp-content/uploads/2019/11/Escala-de-autocuidado-para-a-pessoa-com-doenca-coronaria-TRADUÇÃO-PORTUGUÊS-Final.pdf>, no seguinte site oficial <https://self-care-measures.com/project/patient-version-sc-chdi-portuguese/>.

O instrumento de colheita de dados utilizado foi um questionário constituído por variáveis socio-biográficas (Apêndice III) e a Escala de Autocuidado para a pessoa com doença coronária (EACPDC).

Na abordagem ao doente, foi explicado o propósito daquela entrevista não estruturada e aplicação do questionário. Depois da aplicação do questionário e face ao resultado do nível de adequação, foi feita educação para a saúde de acordo com o nível identificado, com recurso a guias/ flyers da Fundação Portuguesa de cardiologia (FPC,2019). Para avaliar a informação transmitida, fez-se o exercício de validação, solicitando ao doente que descrevesse o que foi dito e expusesse as dúvidas sobre a mesma.

Após a recolha dos dados, estes foram introduzidos e processados no SPSS versão 24. Foi realizada análise estatística descritiva e analítica.

2.3.5 Procedimentos éticos

As considerações éticas desta investigação foram asseguradas pela solicitação de parecer da comissão de ética do Instituto Politécnico de Portalegre, a qual deliberou parecer positivo para a sua realização. (Anexo II) Foi também solicitado parecer à comissão de ética e autorização do estudo ao conselho de administração do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, tendo a comissão de ética emitido parecer favorável e o Conselho de Administração autorizado a realização do estudo. (Anexo III)

Foi obtido o consentimento livre e esclarecido dos participantes no estudo, garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos e informadas as pessoas envolvidas desta condição, assim como do âmbito e objetivos do projeto, sendo a sua participação facultativa. Foi desenvolvido o documento (Apêndice IV) e fornecido aos participantes, explicando-o e esclarecidas dúvidas. Foi desenvolvido o documento de acordo com o modelo da DGS.

2.4 RESULTADOS

Dos 112 participantes, 106 (94,6%) referiram manter consultas com o seu médico/enfermeiro sempre que são agendadas.

Tabela nº 1- Dimensão monitorização: Item nº1- Mantém consultas com o seu médico/enfermeiro?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Às vezes	2	1,8	1,8
Frequentemente	4	3,6	5,4
Sempre ou diariamente	106	94,6	100,0
Total	112	100,0	

No que diz respeito à toma de aspirina ou outro antiagregante/anticoagulante, 75,9% da população refere tomar diariamente, enquanto 21,4% refere nunca ou raramente tomar.

Tabela nº2- Dimensão monitorização: Item nº2- Toma aspirina ou outro antiagregante/anticoagulante?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	24	21,4	21,4
Frequentemente	3	2,7	24,1
Sempre ou diariamente	85	75,9	100,0
Total	112	100,0	

Como podemos analisar na tabela seguinte, apenas 9,8% avalia sempre ou diariamente a tensão arterial, e 45,5% avalia “às vezes”.

Tabela nº3- Dimensão monitorização: Item nº3- Avalia a sua tensão arterial?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	17	15,2	15,2
Às vezes	51	45,5	60,7
Frequentemente	33	29,5	90,2
Sempre ou diariamente	11	9,8	100,0
Total	112	100,0	

Relativamente ao exercício físico, apenas 3,6% dos participantes referem realizar exercício físico diariamente, sendo que a maioria (65,2%) refere nunca ou raramente realizar exercício físico.

Tabela nº4- Dimensão monitorização: Item nº4- Exercita-se por 30 minutos?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	73	65,2	65,2
Às vezes	26	23,2	88,4
Frequentemente	9	8,0	96,4
Sempre ou diariamente	4	3,6	100,0
Total	112	100,0	

A grande maioria da amostra (95,5%) toma sempre a medicação prescrita e apenas 1,8% refere nunca tomar.

Tabela nº5- Dimensão monitorização: Item nº5- Toma a medicação como prescrita?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	2	1,8	1,8
Às vezes	2	1,8	3,6
Frequentemente	1	,9	4,5
Sempre ou diariamente	107	95,5	100,0
Total	112	100,0	

Relativamente às refeições fora de casa, apenas 13,4% dos participantes refere pedir alimentos com baixo teor de gordura, sendo que a maioria (53,6%) refere que nunca ou raramente o faz.

Tabela nº6- Dimensão monitorização: Item nº6- Pede alimentos com baixo teor de gordura quando faz refeições fora de casa ou visita alguém?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	60	53,6	53,6
Às vezes	19	17,0	70,5
Frequentemente	18	16,1	86,6
Sempre ou diariamente	15	13,4	100,0
Total	112	100,0	

No que diz respeito ao uso de algum sistema para ajudar a lembrar a toma da medicação, a maioria das pessoas (62,5%) referem nunca utilizar enquanto que 32,1% utiliza diariamente.

Tabela nº7- Dimensão monitorização: Item nº7- Usa um sistema para o ajudar a lembrar da toma dos medicamentos? Por exemplo, usa caixa de comprimidos ou lembrete?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	70	62,5	62,5
Às vezes	2	1,8	64,3
Frequentemente	4	3,6	67,9
Sempre ou diariamente	36	32,1	100,0
Total	112	100,0	

Em relação à ingestão de fruta e vegetais, a maioria (67%) refere ingerir diariamente e apenas 7,1% refere ingerir “às vezes”.

Tabela nº8- Dimensão monitorização: Item nº8- Come fruta ou vegetais?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Às vezes	8	7,1	7,1
Frequentemente	29	25,9	33,0
Sempre ou diariamente	75	67,0	100,0
Total	112	100,0	

A maioria dos participantes (71,4%) refere evitar fumar e locais com fumo sempre, ainda que 14,3% nunca evita.

Tabela nº9- Dimensão monitorização: Item nº9- Evita fumar e locais com fumo?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	16	14,3	14,3
Às vezes	10	8,9	23,2
Frequentemente	6	5,4	28,6
Sempre ou diariamente	80	71,4	100,0
Total	112	100,0	

Relativamente ao peso, apenas 7,1% das pessoas refere tentar controlar ou perder peso, enquanto que 38,4% refere tentar frequentemente.

Tabela nº10- Dimensão monitorização: Item nº10- Tenta perder peso ou controlá-lo?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nunca ou raramente	22	19,6	19,6
Às vezes	39	34,8	54,5
Frequentemente	43	38,4	92,9
Sempre ou diariamente	8	7,1	100,0
Total	112	100,0	

Apenas 38,4% dos participantes refere ter tido sintomas relacionados com doença coronária no último mês.

Tabela nº11- Dimensão gestão: Item nº11a)- No mês passado, teve dor no peito, pressão no peito, ardor, peso no peito, dificuldade em respirar ou fadiga?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não	69	61,6	61,6
Sim	43	38,4	100,0
Total	112	100,0	

Dos doentes que referiram ter tido sintomas durante o último mês (43 doentes), 22 referem ter reconhecido rapidamente os sintomas como de doença cardíaca, enquanto que 7 pessoas não reconheceram os sintomas como de doença cardíaca.

Tabela nº12- Dimensão gestão: Item nº11b)- Com que rapidez reconheceu estes sintomas como de doença cardíaca?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não tive estes sintomas	69	61,6	61,6
Não reconheci estes sintomas	7	6,3	67,9
De forma lenta	5	4,5	72,3
De forma normal	9	8,0	80,4
Rápidamente	22	19,6	100,0
Total	112	100,0	

Na presença de sintomas, a maioria dos participantes (71,4%) refere ser provável alterar o nível de atividade, enquanto que apenas 0,9% refere nada provável.

Tabela nº13- Dimensão gestão: Item nº12- Se tiver sintomas, qual a probabilidade de alterar o nível de atividade?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nada provável	1	,9	,9
Pouco provável	2	1,8	2,7
Provável	80	71,4	74,1
Muito provável	29	25,9	100,0
Total	112	100,0	

Dos 112 participantes, apenas 30 (26,8%) tem nitroglicerina prescrita. Destes, 19 referem ser muito provável a sua toma na presença de sintomas e apenas 1 pessoa refere ser pouco provável e outra nada provável.

Tabela nº14- Dimensão gestão: Item nº13- Se tiver sintomas, qual a probabilidade de tomar nitroglicerina?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nada provável	1	,9	3,3
Pouco provável	1	,9	6,7
Provável	9	8,0	36,7
Muito provável	19	17,0	100,0
Total	30	26,8	
Total	112	100,0	

Relativamente à probabilidade de, na presença de sintomas, contactar o médico ou enfermeiro para aconselhamento, 42,9% dos doentes referem ser provável enquanto que 24,1% referem não haver probabilidade de o fazerem.

Tabela nº15- Dimensão gestão: Item nº14- Se tiver sintomas, qual a probabilidade de contatar o seu médico ou enfermeiro para aconselhamento?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nada provável	27	24,1	24,1
Pouco provável	15	13,4	37,5
Provável	48	42,9	80,4
Muito provável	22	19,6	100,0
Total	112	100,0	

A grande maioria dos participantes (91,1%), na presença de sintomas de doença coronária, não toma aspirina, apenas 3,6% referem ser muito provável a sua toma.

Tabela nº16- Dimensão gestão: Item nº15- Se tiver sintomas, qual a probabilidade de tomar uma aspirina?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Nada provável	102	91,1	91,1
Pouco provável	1	,9	92,0
Provável	5	4,5	96,4
Muito provável	4	3,6	100,0
Total	112	100,0	

Quando questionados sobre se o que fizeram a última vez que apresentaram sintomas os ajudou, 48,2% dos participantes referem ter a certeza que ajudou, 4,5% referem não ter a certeza, enquanto que 4,5% não tentou fazer nada.

Tabela nº17- Dimensão gestão: Item nº16- Na última vez que teve sintomas de doença cardíaca, até que ponto acha que o que fez o ajudou ou não?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Não tentei nada	5	4,5	4,5
Não tenho a certeza	5	4,5	8,9
Tenho uma vaga ideia	32	28,6	37,5
Tenho a certeza	54	48,2	85,7
Tenho a certeza absoluta	16	14,3	100,0
Total	112	100,0	

Relativamente à confiança em manter-se assintomático, 71,4% das pessoas referem estar muito confiantes e 22,3% referem estar pouco confiantes.

Tabela nº18- Dimensão confiança: Item nº17- Está confiante que consegue manter-se livre de sintomas?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Pouco confiante	25	22,3	22,3
Muito confiante	80	71,4	93,8
Extremamente confiante	7	6,3	100,0
Total	112	100,0	

Relativamente à confiança em seguir o tratamento aconselhado, a maioria dos inquiridos (67,9%) referem estar extremamente confiantes e apenas 0,9% refere se sentir pouco confiante.

Tabela nº19- Dimensão confiança: Item nº18- Está confiante que consegue seguir o tratamento que lhe tenha sido aconselhado?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Pouco confiante	1	,9	,9
Muito confiante	35	31,3	32,1
Extremamente confiante	76	67,9	100,0
Total	112	100,0	

72,3% dos participantes demonstraram-se muito confiantes no reconhecimento de mudanças na sua saúde, enquanto que 15,2% referem estar pouco confiantes no reconhecimento dessas alterações.

Tabela nº20- Dimensão confiança: Item nº19- Está confiante que consegue reconhecer mudanças na sua saúde?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Pouco confiante	17	15,2	15,2
Muito confiante	81	72,3	87,5
Extremamente confiante	14	12,5	100,0
Total	112	100,0	

No que diz respeito à avaliação da importância dos sintomas, a maioria dos doentes referem estar muito confiantes, ainda que, 21,4% refiram estar pouco confiantes do o conseguir fazer.

Tabela nº21- Dimensão confiança: Item nº20- Está confiante que consegue avaliar a importância dos seus sintomas?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Pouco confiante	24	21,4	21,4
Muito confiante	78	69,6	91,1
Extremamente confiante	10	8,9	100,0
Total	112	100,0	

Na presença de sintomas, 31,3% dos participantes referem ter pouca confiança para realizar alguma coisa para o seu alívio. 54,5% referem ter confiança em que conseguem fazer alguma coisa que alivie os seus sintomas.

Tabela nº22- Dimensão confiança: Item nº21- Está confiante que consegue fazer alguma coisa que alivie os seus sintomas?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Pouco confiante	35	31,3	31,3
Muito confiante	61	54,5	85,7
Extremamente confiante	16	14,3	100,0
Total	112	100,0	

Após realização de qualquer procedimento, 70,5% dos participantes referem muita confiança em avaliar a sua eficácia e 18,8% referem pouca confiança.

Tabela nº23- Dimensão confiança: Item nº22- Está confiante que consegue avaliar a eficácia de um qualquer procedimento?

	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
Pouco confiante	21	18,8	18,8
Muito confiante	79	70,5	89,3
Extremamente confiante	12	10,7	100,0
Total	112	100,0	

2.5 DISCUSSÃO

Esta atividade foi desenvolvida, durante o estágio final na UADCI e UCIC, e a colheita de dados foi realizada na consulta de cardiologia do HESE, sendo a amostra constituída por pessoas com média de idade de 69,79 anos, maioritariamente do sexo masculino. A maior parte dos participantes são casados ou vivem em união de facto e encontram-se reformados. Estes dados remetem-nos para uma amostra maioritariamente idosa.

Atualmente, Portugal integra o grupo de países da OCDE com maior nível de envelhecimento, sendo a esperança média de vida 81,5 anos, que é superior à média dos países que se situa nos 80,7 anos (Fernandes, 2020).

Relativamente às habilitações literárias, a amostra é constituída maioritariamente por pessoas com baixa escolaridade, sendo que maioria tem o 1º ciclo do ensino básico (58%), 15,2% não tem escolaridade e apenas 2,7% terminou o ensino superior. A baixa literacia dos doentes leva a dificuldades de comunicação com os profissionais de saúde, assim como condiciona o seguimento das recomendações e a tomada de decisão em relação à doença. (Marques, Lopes, Rebola & Pequito, 2016) A capacidade de entender informações sobre saúde e a capacidade de se envolver ativamente com os profissionais de saúde foram associadas a comportamentos de saúde e à situação de saúde, sendo a literacia em saúde importante para o sucesso de programas preventivos que visam reduzir as doenças cardiovasculares e melhorar a qualidade e a longevidade (Aaby *et al.*, 2017).

Como já referido ao longo do trabalho, o autocuidado abrange comportamentos de manutenção, monitorização e gestão (Dickson *et al.*, 2016).

Em relação aos comportamentos de autocuidado na manutenção da doença coronária, a fatores de risco modificáveis, relacionados com o estilo de vida, os itens que apresentam valores mais baixos relacionam-se com a “atividade física” e “controlo da ingestão de gorduras”.

São vários os estudos que vão ao encontro dos resultados obtidos. Reves *et al.*, (2018) constatarem uma elevada prevalência de fatores de risco cardiovascular como a hipertensão, dislipidémia, diabetes, excesso de peso e o tabagismo. Cunha, Ramalho, Cruz, Lima, Franco & Lima, (2018) no seu estudo identificaram diagnósticos de enfermagem, segundo a teoria do autocuidado de Orem, em pessoas com EAM, identificaram uma alta frequência de fatores de risco, onde se destacam a hipertensão, o tabagismo e o sedentarismo.

O EUROASPIRE IV, foi um estudo realizado, com doentes de 24 países europeus, para determinar se as diretrizes das Sociedades Europeias conjuntas sobre prevenção cardiovascular estão a ser seguidas na prática clínica diária da prevenção secundária e descrever o estilo de vida, o fator de risco e o tratamento terapêutico dos doentes coronários em toda a Europa. Neste estudo identificaram-se altas prevalências de tabagismo persistente, dietas não saudáveis, sedentarismo, sobrepeso e obesidade, e alta prevalência de diabetes (Kotseva, Wood, Bacquer, Backer, Rydén, Jennings *et al.*, 2016).

Em relação ao tabagismo, a maioria das pessoas referem evitar fumar e locais com fumo, ainda que 14,3% nunca evite. Os dados obtidos vão ao encontro do que se passa atualmente em Portugal, em que o consumo de tabaco tem tido uma evolução positiva, com uma média de fumadores diários, maiores de 15 anos, abaixo da média da OCDE (Fernandes, 2020).

A maioria dos doentes (94,6%) mantém consultas com o seu médico/enfermeiro. Em relação à medicação, os resultados apontam para: tomam sempre a medicação prescrita (95,5%), no que diz respeito à toma de aspirina ou outro antiagregante/anticoagulante, 75,9% da população refere tomar diariamente. Apesar do grande uso de medicamentos, o controlo dos fatores de risco é inadequado (Kotseva *et al.*, 2016).

Estes resultados são contrários aos dados evidenciados pela ESC (2016), que referem que a adesão à medicação em indivíduos de alto risco e em doentes com doença cardiovascular é baixo.

Fernandez, Sanches & Ibáñez, (2016) realizaram um estudo onde avaliaram comportamentos de autocuidado e adesão terapêutica em pessoas com doença coronária. Constataram que mais de metade das pessoas (61,8%) apresentaram nível de autocuidado moderado e que 65,5%

se encontrava em risco de não adesão, manifestada pela dificuldade em realizar ações para seguir recomendações tanto farmacológicas como não farmacológicas.

Os resultados obtidos, em relação aos fatores de risco modificáveis, indicam-nos que a grande maioria dos doentes com doença coronária não seguem as diretrizes europeias para prevenção secundária, o que se repercute numa alta incidência de dietas não saudáveis, sedentarismo, sobrepeso e obesidade.

Existem evidências de que a adoção de um estilo de vida saudável reduz o risco de eventos cardiovasculares recorrentes em pessoas com doença coronária e melhora a qualidade de vida (Kotseva *et al.*, 2016), desempenhando o autocuidado, um papel fundamental na manutenção diária da doença coronária, com a necessidade de adoção de comportamentos que mantenham a estabilidade, monitorização e gestão dos sintomas. Os itens da EACPDC foram desenvolvidos para refletir esses comportamentos (Dickson *et al.*, 2016).

Os comportamentos relacionados com a gestão da doença coronária incluem a avaliação de alterações nos sinais e sintomas e a determinação da necessidade de ação, com avaliação da eficácia dessa ação e reflexão se essa abordagem de gestão deve ou não ser novamente usada no futuro. A utilização da EACPDC indica-nos a capacidade dos doentes com doença coronária de reconhecerem e valorizarem os seus sintomas e como reagem perante os mesmos (Dickson *et al.*, 2016).

Dos doentes que referiram ter tido sintomas durante o último mês (43 doentes), 22 referem ter reconhecido rapidamente os sintomas como de doença cardíaca, enquanto que 7 pessoas não reconheceram os sintomas como de doença cardíaca. Na presença de sintomas, a maioria dos participantes (71,4%) refere ser provável alterar o nível de atividade, enquanto que apenas 0,9% refere nada provável. Apenas 30 (26,8%) tem nitroglicerina prescrita. Destes, 19 referem ser muito provável a sua toma na presença de sintomas e apenas 1 pessoa refere ser pouco provável e outra nada provável. Relativamente à probabilidade de, na presença de sintomas, contactar o médico ou enfermeiro para aconselhamento, 42,9% dos doentes referem ser provável enquanto que 24,1% referem não haver probabilidade de o fazerem. A grande maioria dos participantes (91,1%), na presença de sintomas de doença coronária, não toma aspirina, apenas 3,6% referem ser muito provável a sua toma. Quando questionados sobre se o que fizeram a última vez que apresentaram sintomas os ajudou, 48,2% dos participantes referem ter a certeza que ajudou, 4,5% referem não ter a certeza, enquanto que 4,5% não tentou fazer nada.

Os resultados de um estudo realizado por Mohammadpo *et al.*, (2015), no qual avaliaram o efeito de uma intervenção educacional de suporte desenvolvida com base na teoria do

autocuidado de Orem na capacidade de autocuidado do doente com enfarte agudo do miocárdio demonstraram que os participantes tinham baixos níveis de capacidade de autocuidado, o que nos indica que correm o risco de autogestão ineficaz. Após a intervenção, os níveis de conhecimento de autocuidado, motivação e habilidades foram significativamente melhores no grupo experimental.

A confiança no autocuidado reflete a autoeficácia e é essencial no desenvolvimento das competências necessárias para um autocuidado adequado (Dickson *et al.*, 2016).

Apesar da maioria dos doentes referirem estar muito confiantes em manter-se sem sintomas, extremamente confiantes em seguir o tratamento aconselhado e muito confiantes no reconhecimento de alterações na sua saúde e na avaliação da importância dos mesmos, na presença de sintomas, 31,3% dos participantes referem ter pouca confiança para realizar alguma coisa para o seu alívio. Após realização de qualquer procedimento, a grande maioria refere muita confiança em avaliar a sua eficácia.

2.6 CONCLUSÃO

Durante o desenvolvimento da atividade de intervenção major pode concluir que as pessoas com doença coronária têm uma grande necessidade de informação/ensino, apoio e aconselhamento sobre o autocuidado. O autocuidado é um componente essencial na gestão da doença coronária.

Foi feita a tradução e adaptação da escala do Autocuidado na doença coronária, “Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory” de Victoria Vaughan Dickson, para a população portuguesa (SC-CHDI). A Escala do Autocuidado para a Pessoa com Doença Coronária (EACPDC) surge como um instrumento fundamental para avaliar parâmetros concretos do autocuidado nessas pessoas, permitindo aos enfermeiros identificar diagnósticos, sistematizar e intervir de forma ativa e individualizada a fim de melhorar a capacidade de autocuidado dos indivíduos e consequentemente a qualidade de vida.

Considera ter conseguido avaliar o nível de adequação do autocuidado da pessoa com doença coronária através da aplicação da Escala do Autocuidado para a Pessoa com Doença Coronária (EACPDC). Considera ser pertinente fazer uma avaliação sistematizada (trimestral, semestral ou anualmente, consoante a situação de cada pessoa) das pessoas a quem foi feita esta intervenção, usando o mesmo instrumento, no sentido de perceber a evolução da adequação do autocuidado.

3. ANÁLISE REFLEXIVA DE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Neste capítulo pretende-se descrever e analisar reflexivamente o percurso e atividades realizadas com vista a aquisição das competências comuns do Enfermeiro especialista, específicas do EEEMC:PSC e as competências de Mestre em Enfermagem. Para facilitar a leitura e porque as intervenções para a sua concretização são comuns, as competências de mestre e as competências comuns e específicas do EEEMC, surgem relacionadas e fundamentadas conjuntamente.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Para o enfermeiro especialista foram definidas competências que são transversais a todas as áreas de especialidade. Estas foram definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento das competências comuns como

“as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019:4745).

“Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

A1 - Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade;

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019:4746).

“Competência de mestre nº 3: Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.” (Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior [A3ES], 2014: 26).

“No pensamento ético de Enfermagem e do desenvolvimento da atividade profissional, o Outro é o destinatário dos cuidados, o objeto da atenção. O Outro, que tanto me remete para uma ontologia do humano como para uma antropologia da morte. Vida do Outro, como a minha, que não bastasse ser finita, ainda acresce ser frágil. Neste sentido, o cuidado profissional do enfermeiro acompanha a vida- melhor, visa ajudar as pessoas a prosseguirem os seus projetos de vida e de saúde, a majorar o seu bem-estar e a promover a melhor qualidade de vida possível, do nascimento (...) até à morte” (Nunes, 2016:11).

“Dos diversos deveres profissionais, os deontológicos são os ganham maior relevância na decisão ética de enfermagem. São os deveres que se constituem com uma base ética de sustentação, colocando a pessoa cliente do cuidado, no centro da proteção profissional. Os deveres deontológicos existem pela necessidade de manter protegida a pessoa, os seus direitos e a sua dignidade em todo o ato de cuidado.” (Deodato, 2010: 226).

Para a aquisição de competências neste domínio, exige-se que o enfermeiro demonstre uma prática profissional, ética e legal, atuando de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Durante os estágios, sentiu necessidade de consultar/rever alguns documentos, nomeadamente: o REPE, deontologia profissional, regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC.

No exercício da sua profissão, o enfermeiro deve possuir conhecimentos científicos e técnicos, demonstrando respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar das pessoas, com recurso a todas as medidas que melhorem a qualidade dos cuidados prestados (Lei nº156/2015). De acordo com o artigo 1º, da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos.”.

Durante a sua prática, e seguindo o estipulado no **artigo 99º**, da Deontologia Profissional, que diz respeito aos **princípios gerais das intervenções de enfermagem** prestou cuidados com a preocupação de defender a liberdade e dignidade da pessoa, respeitando a vontade da pessoa/família, os seus direitos e interesses e, envolvendo-os nos cuidados e na decisão clínica.

A responsabilidade profissional foi um aspeto que demonstrou no decorrer dos estágios, sendo uma prática diária enquanto profissional, particularmente no que diz respeito a pontualidade, assiduidade, discussão de ideias/conhecimentos e tomada de decisão com as enfermeiras supervisoras de modo a garantir melhores cuidados e segurança ao doente.

Desenvolveu a sua atividade, sempre com respeito pelos valores humanos, artigo 102º, tendo tido oportunidade de cuidar de diversas pessoas, com diferentes idades, diferente status económico, situação social e política distintas e diferentes crenças religiosas, nunca fazendo distinção nos doentes (Lei nº156/2015).

Tendo como base a sua formação e experiência, manifestou uma atitude de respeito pelo Outro numa perspectiva multicultural, abstendo-se de juízos de valor, demonstrando sensibilidade para lidar com as diferenças e tendo sempre presente que “...bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas...” (OE, 2001:13).

O artigo 105º, do dever de informação, foi uma constante na prestação de cuidados. Uma vez que os doentes admitidos, tanto no SU, na UCIC, como na UADCI, são doentes críticos, a família solicita frequentemente informação sobre o estado clínico do seu familiar. A preocupação da equipa em manter a família informada foi notória, não só através do contato pessoal mas também telefónico. Fazendo parte integrante da equipa multidisciplinar, participou na transmissão de informação, demonstrando preocupação em transmitir informação de forma correta e perceptível para o doente/família, de modo a salvaguarda o princípio da autonomia e o consentimento informado (lei nº156/2015).

Segundo o mesmo artigo, “no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: (...) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (lei nº156/2015).

Relativamente à intimidade e privacidade do doente, referido no artigo 107º, esta foi sempre respeitada e salvaguardada. Uma vez que os doentes, em ambos os campos de estágios, estão muito expostos, muitas vezes sem roupa, e no caso da UCIC, num “*open space*”, teve sempre a preocupação de manter o doente tapado, com cortinas fechadas de modo a respeitar a sua intimidade e privacidade (lei nº156/2015).

Perante o doente crítico, as intervenções de enfermagem à PSC, tiveram um caráter individualizado e ajustado às necessidades de cada indivíduo, de modo a dar a resposta mais apropriada às necessidades identificadas. A tomada de decisão foi centrada na deontologia profissional, sendo esta uma constante na prática diária durante os estágios, cumprindo as leis e deontologia que regem a profissão.

Estas competências foram também adquiridas, no desenvolvimento da atividade major, aquando da elaboração dos documentos para parecer da comissão de ética do IPP (Apêndice V), comissão de ética do HESE (Apêndice VI) e consentimento informado (Apêndice IV). Ambos os pareceres foram positivos (Anexo II) e (Anexo III).

Face ao exposto, e tendo em conta todo o caminho reflexivo efetuado, que permitiu o seu desenvolvimento pessoal e profissional, considera ter adquirido e desenvolvido competências no domínio ético e legal do enfermeiro especialista e de mestre em enfermagem.

“Competências no domínio da melhoria da qualidade:

B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

B3- Garante um ambiente terapêutico seguro.” (OE, 2019: 4747).

“Competência de mestre nº5: Participa de forma proactiva em equipas e projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais” (A3ES, 2014: 26).

O Regulamento nº 140/2019 da OE referente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista menciona que para adquirir as competências deste domínio é exigido que o enfermeiro desempenhe uma intervenção dinamizadora na elaboração e suporte das atividades institucionais na área da governação clínica e na área da qualidade; adquira capacidade para criar, orientar e cooperar em projetos de melhoria contínua da qualidade.

No decorrer dos estágios, teve sempre como referência os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Pretende-se que estes constituam um “instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro especialista junto dos clientes/grupos/comunidade, de outros profissionais, do público e dos políticos” (OE, 2011a: 3).

Os enunciados descritivos nortearam a prestação de cuidados especializados, durante os estágios, sendo estes: “satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados e prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados” (OE, 2011a:4).

Sendo a segurança um fator determinante para a qualidade em saúde, esta surge integrada na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde – o Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020, que tem como objetivo apoiar os gestores e clínicos do SNS no que respeita à gestão de risco associados aos cuidados de saúde. Um dos principais objetivos deste plano passa pelo aumento da cultura de segurança, sendo a dotação de profissionais um dos aspetos com maior capacidade de melhoria. O aumento da segurança da comunicação, a segurança na utilização da medicação, a prevenção da ocorrência de quedas e de úlceras por pressão, bem como a identificação inequívoca dos doentes são outros objetivos diretamente relacionados com as dotações seguras, que estão delineados no plano (Direção Geral da Saúde [DGS], 2015).

Durante os estágios zelou pela segurança e qualidade dos cuidados prestados, e colaborou com as enfermeiras supervisoras na manutenção de dotações seguras tanto de enfermagem como de assistentes operacionais.

Os enfermeiros, na sua prática, devem possuir competências interpessoais e de comunicação no sentido de promover a qualidade e segurança do utente contribuindo para a diminuição do erro clínico, através de uma comunicação adequada e eficaz.

O processo de comunicação em enfermagem está relacionado com a melhoria dos resultados em saúde através da informação. Cabe ao enfermeiro “avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efetuados” (Decreto lei nº161/96:2960). O enfermeiro, no que diz respeito ao direito do utente ao cuidado, tem o dever de, entre outras intervenções, garantir a continuidade dos cuidados, “registando fielmente as observações e intervenções realizadas” (Lei nº156/2015:8079).

A comunicação é considerada um pilar essencial para a segurança do doente, tendo sido uma preocupação constante durante os estágios, particularmente aquando da transferência de responsabilidade dos cuidados, como é o caso da transição dos cuidados (mudança de turno, transferência ou alta do doente), em que transmitiu toda a informação relevante de forma oportuna, precisa e perceptível não só oralmente como através dos registos de enfermagem (Direção-Geral da Saúde [DGS]), 2017).

O regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como requisito indispensável para a efetividade terapêutica, bem como para a prevenção de incidentes em que o enfermeiro especialista atua de forma proactiva na promoção de um ambiente adequado ao bem-estar e minimizando o risco (OE, 2019).

A segurança dos doentes deve ser uma preocupação permanente, o objetivo e a obrigação prática de todos os enfermeiros, a fim de proteger os direitos dos clientes e a sua dignidade, garantindo cuidados seguros. (OE, 2011b).

No decorrer dos estágios, garantiu um ambiente seguro e criou condições para a prestação de cuidados seguros, fazendo a gestão do risco.

Durante o período do estágio final foi realizada uma formação em serviço sobre “o papel do gestor de risco como promotor da segurança do trabalho” à qual não assistiu, por não ter tido conhecimento da mesma. Teve conhecimento dos assuntos abordados por entrevista não estruturada com a Enfermeira elo de ligação do serviço com o gestor do risco do HESE, EPE, que se prontificou em desenvolver um pouco o tema e esclarecer dúvidas. Foram identificadas

algumas não conformidades/oportunidades de melhoria nos serviços, UCIC e UADCI, que segundo a Enfermeira estão em fase de resolução.

No serviço de urgência, colaborou várias vezes na revisão da sala de emergência, garantindo que todos os equipamentos funcionavam corretamente de acordo com o protocolo de verificação dos mesmos, nomeadamente ventiladores, monitores, desfibrilhador..., assim como a existência de todo o material de consumo clínico e fármacos, incluindo o estado das balas de oxigénio, necessários nesta sala. Após a verificação, realizou registo em documento próprio. Esta revisão é realizada no início de cada turno.

Teve sempre a preocupação com a higiene das mãos e prevenção de infeções nosocomiais. No que diz respeito às úlceras de pressão, a sua prevenção através do posicionamento correto e periódico de modo a aliviar zonas de pressão foi sempre uma preocupação durante a sua prática. Para prevenção de quedas, utilizou barreiras de proteção em todos os doentes que estiveram ao seu cuidado. Um outro aspeto, no qual demonstrou preocupação foi na identificação do doente e segurança na prescrição, bem como na administração de medicação, confirmou sempre o nome completo do doente.

O desenvolvimento da atividade de intervenção major na área do autocuidado e gestão do regime terapêutico no doente crítico, mais precisamente no autocuidado da pessoa com doença coronária, foi um projeto de melhoria realizado ao longo do estágio e que possibilitou o desenvolvimento destas competências. A implementação do projeto, assim como a partilha dos resultados com a equipa multidisciplinar constitui uma mais valia para o serviço, uma que vez está para breve a implementação da consulta de enfermagem na UADCI.

Importa salientar que o projeto desenvolvido, irá ser apresentado no seu local de trabalho, onde espera que possa ser parte integrante de um projeto de serviço na área da melhoria contínua da qualidade, onde os intervenientes dinamizadores serão os enfermeiros especialistas em EMC: PSC, envolvendo toda a equipa multidisciplinar para garantir um alto padrão de qualidade e um cuidado de excelência.

Após análise reflexiva das atividades desenvolvidas considera ter adquirido e desenvolvido competências no domínio da melhoria da qualidade e a competência de mestre nº5.

“Competências no domínio da gestão dos cuidados:

C1 - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (OE, 2019:4748).

“Competência de mestre nº 1: Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada” (A3ES, 2014: 26).

Para adquirir competências neste domínio o enfermeiro deve desenvolver a capacidade de gerir os cuidados de enfermagem, adaptando a liderança e a gestão dos recursos às necessidades, tendo em conta as situações e o contexto, assegurando a qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Durante os estágios, teve oportunidade de acompanhar as enfermeiras supervisoras em atividades relacionadas com a gestão e tomada de decisão na gestão do serviço e gestão dos cuidados. A aquisição de competências nesta área foi conseguida pela gestão dos cuidados, com adequação dos recursos disponíveis às necessidades e a nível da tomada de decisão (OE, 2019).

Colaborou na gestão dos serviços, com as enfermeiras supervisoras, nomeadamente na gestão de recursos materiais e humanos, colaborando também na resolução de problemas com a farmácia, aprovisionamento e com o serviço de instalação e equipamentos.

Supervisionou as atividades desenvolvidas pelas assistentes operacionais, no que respeita aos cuidados ao doente, de forma a conseguir manter uma visão holística e conseguir identificar qualquer alteração no seu estado clínico.

A atividade major desenvolvida contribuiu de forma relevante para a gestão de cuidados em enfermagem e consequente tomada de decisão face aos resultados obtidos, nomeadamente com a adoção do instrumento traduzido, constituí o mesmo uma excelente ferramenta para a prática clínica.

Após análise reflexiva das atividades desenvolvidas, considera ter adquirido e desenvolvido competências no domínio da gestão de cuidados e a competência nº1 de mestre em enfermagem.

Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019):

D1- Desenvolve o autoconhecimento e assertividade (OE, 2019).

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

“Competência de mestre nº2: Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

Competência de mestre nº4: Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida.

Competência de mestre nº 6: Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular” (A3ES, 2014: 26).

O enfermeiro, na sua prática, deve garantir a atualização permanente dos seus conhecimentos, utilizando de forma eficaz e competente as tecnologias, sem descuidar a formação constante e aprofundada nas ciências sociais (Lei nº156/2015).

Durante este percurso houve preocupação pela permanente procura das atuais evidências científicas. Para conseguir prestar cuidados de excelência, teve necessidade de aumentar e desenvolver conhecimentos, principalmente na prestação de cuidados ao doente crítico.

Durante o estágio no HUB, no serviço de urgência, após entrevista não estruturada com a enfermeira supervisora e restante equipa, foi sugerido, por necessidade de formação na área, realizar uma formação em serviço sobre a atuação do enfermeiro perante um doente com alterações eletrocardiográficas (Apêndice VII). Esta formação teve como objetivo transmitir conhecimentos básicos que permitam aos enfermeiros do serviço de urgência identificar a presença de alterações do ritmo, distinguindo as que podem ser consideradas benignas das que implicam maior vigilância e tratamento imediato. Esta necessidade surge numa altura em que os enfermeiros vão começar a realizar a triagem dos doentes, até aí realizada por médico com a colaboração do enfermeiro. Sempre que necessário, de acordo com a situação clínica do doente, é feito, pelo enfermeiro, o eletrocardiograma durante a triagem, devendo este ter conhecimentos básicos para atuar em conformidade.

Foi realizada tendo em conta as evidências mais atuais na área, realizado inicialmente em português e posteriormente traduzido para espanhol. A apresentação do trabalho realizado foi feita em espanhol.

Na UADCI, onde nunca tinha tido oportunidade de prestar cuidados, fez um investimento pessoal na pesquisa de fundamentação das patologias/ procedimentos e cuidados de enfermagem inerentes, pois tinha plena consciência que não tinha conhecimentos suficientes na área, para poder prestar cuidados de qualidade e seguros. Assim, com a orientação da enfermeira

supervisora, efetuou pesquisa bibliográfica sobre as temáticas mais relevantes, e consultou todos os protocolos do serviço.

Durante o estágio na UADCI e UCIC elaborou um artigo científico (revisão sistemática da literatura): Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária (Apêndice VIII).

A atividade de intervenção major foi sustentada pela atual evidência científica encontrada na referida revisão, no que diz respeito ao autocuidado da pessoa com doença coronária.

Para além das atividades já descritas teve também oportunidade de participar como formanda no Workshop “Metodologia Lean e simulação clínica: Melhorar o Processo, o Talento, o Movimento e o Tempo nos Cuidados de Saúde”, no dia 20/01/2020 (Anexo IV). A aplicação desta metodologia na saúde, possibilita uma redução dos custos e melhoria na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Após reflexão pessoal, de todas as atividades desenvolvidas, considera estas competências adquiridas.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM

O desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem iniciou-se com a realização dos projetos de estágio (apêndice I).

“As competências específicas são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (OE, 2019:4745).

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC-PSC,

“os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.” (OE, 2018:19362).

As atividades planeadas e executadas para aquisição de competências específicas do EEEMC-PSC tem como referência o estipulado no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em PSC.

Agrupou às competências de EEEMC-PSC as competências de mestre.

“Competência de mestre nº1: Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada” (A3ES, 2014: 26).

“K1- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” (OE, 2018:19363).

Durante os estágios desenvolveu mais atividades neste conjunto de competências específicas, não por lhe conferir mais importância em detrimento de outras, mas pelo facto de terem sido mais passíveis de desenvolver.

Os estágios realizados na UADCI e UCIC, promoveram a aquisição e atualização de conhecimentos teóricos e práticos em relação à pessoa com doença cardíaca, garantindo e otimizando os cuidados de enfermagem à família/PSC.

Durante os estágios, prestou cuidados individualizados ao doente crítico, de acordo com a avaliação das suas necessidades de cuidados, de acordo com as atividades de vida, tendo por base o modelo teórico de enfermagem de Roper, *et. al* (2001), identificou diagnósticos de acordo a linguagem CIPE, interveio junto do doente/família tendo em conta os diagnósticos de enfermagem e fez avaliação das intervenções realizadas ao doente/família. Destaca as intervenções mais relevantes desenvolvidas no âmbito de cuidados especializados: diagnóstico e vigilância; gestão de situações de evolução rápida; administração e vigilância de protocolos terapêuticos complexos e as funções de educação e guia (Benner, 2001), esta última onde enquadra a atividade maior com destaque. Todas elas muito frequentes nos serviços onde foram realizados os estágios.

Na UADCI, teve a oportunidade de fazer a admissão de 3 doentes para realizar Intervenção Coronária Percutânea Primária (ICP-P), vulgarmente chamada “primária”. A ICP-P é considerado o método mais fiável para reabrir a artéria “culpada” na maioria dos doentes (European Resuscitation Council [ERC], 2015).

Estes doentes são admitidos através do encaminhamento telefónico prévio, da responsabilidade do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), através da linha Via Verde Coronária, onde as situações de enfarte do miocárdio identificadas fora do hospital pelo INEM, são

encaminhadas diretamente para laboratórios de hemodinâmica com capacidade para realizar angioplastia primária.

Os doentes admitidos apresentam história de dor torácica aguda e persistente, característica do EAM, acompanhada de supradesnivelamento agudo do segmento ST ou bloqueio do ramo esquerdo (BRE) de novo numa eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações. Estes achados são sugestivos de lesão do miocárdio em evolução por oclusão aguda completa da artéria coronária “culpada” (ERC, 2015). Todo o procedimento realizado deste a admissão no serviço à sua transferência para a UCIC foi semelhante nos três casos.

Esta situação contribuiu para a aquisição de competências específicas do EEEMC-PSC, uma vez que teve oportunidade de observar diretamente a atuação dos profissionais de saúde e também de prestar cuidados.

Após admissão do doente no serviço, realizou-se o seu acolhimento, com colheita de dados e preenchimento de uma *check list* realizada para admissão destes doentes. Rapidamente o doente foi colocado na mesa da sala de hemodinâmica para se realizar a angioplastia. A angioplastia foi realizada por via radial, sendo esta a abordagem de eleição na UADCI, justificado pelas vantagens inequívocas da sua utilização, sobretudo no que diz respeito à segurança dos procedimentos, diminuição do tempo de internamento e a deambulação precoce (Costa, 2017). A monitorização destes doentes foi uma preocupação constante, dado o risco de desenvolverem arritmias, pelo que o diagnóstico e vigilância contínua, de modo a identificar rapidamente focos de instabilidade e poder responder antecipadamente é determinante nos cuidados ao doente crítico. Também teve oportunidade de preparar e administrar protocolos terapêuticos complexos, vigiando sempre a resposta aos mesmos.

Após a intervenção colaborou na aplicação do dispositivo de compressão radial, TR-Band®. Este é um dispositivo hemostático de compressão radial, mais confortável e que diminui o risco de complicações. Para além da colocação deste dispositivo, também teve oportunidade de proceder à sua desinsuflação, sendo este também um procedimento determinante que pode minimizar riscos e assegurar a segurança do doente (HESE, 2018).

Após o cateterismo é imprescindível vigiar e monitorizar o doente, bem como exercer a competência de educador e guia, realizando ensino ao doente/família sobre os cuidados pós-cateterismo, atividade que desenvolveu várias vezes durante os estágios.

Durante o estágio na UADCI, teve também oportunidade de prestar cuidados de enfermagem específicos na fase pré, durante e após implantação de pacemaker e cardiodesfibrilhador. Nesta situação, a sala funciona como bloco operatório, com todos os cuidados inerentes. Os

cuidados durante a realização destes procedimentos são de alto rigor técnico e científico, do qual depende o sucesso da implantação no doente.

Ainda na UADCI, houve uma situação da que se recorda particularmente. Uma senhora, submetida a uma cirurgia vascular, que teve uma complicação no pós-operatório, um acidente vascular cerebral, com necessidade de entubação orotraqueal para manutenção da permeabilidade da via aérea. Teve oportunidade de prestar cuidados a esta pessoa relativamente a monitorização e vigilância hemodinâmica, cuidados com a manutenção e permeabilização do tubo orotraqueal, acompanhamento da doente para realização de TAC, com todos os cuidados inerentes ao transporte e vigilância durante o procedimento e colaborou também na sua transferência de serviço.

No serviço de urgência, recebeu doentes com EAM com supradesnivelamento de ST, prestou cuidados de emergência necessários e colaborou na sua rápida transferência para o serviço de hemodinâmica.

Um aspeto que considera essencial, e é uma constante na sua prática, é a gestão da dor e do bem-estar da PSC. Para além da administração de medicação analgésica aplicou medidas não farmacológicas no alívio da dor e avaliou a sua eficácia, efetuando também o seu registo (OE, 2018).

Na enfermagem a comunicação é parte integrante da prática. Na sua atividade profissional, espera-se que o Enfermeiro tenha a capacidade de estabelecer uma relação interpessoal eficaz, quer com os utentes e família, quer com toda a equipa multidisciplinar.

Outro objetivo que pretendeu atingir durante o estágio diz respeito ao desenvolvimento de competências relacionais e de gestão da comunicação com a família/PSC.

Desenvolveu atividades de modo a estabelecer com o doente/família uma relação próxima e empática, tentando identificar alterações emocionais e providenciar o devido apoio emocional.

Em todos os locais de estágio, foram várias as situações em que identificou alterações emocionais na pessoa/família, nomeadamente ansiedade e medo, não só em situações críticas, mas também em procedimentos programados na UADCI. Teve oportunidade de minimizar esse medo e ansiedade através da comunicação, ensino e esclarecimento de dúvidas e incertezas.

Também no momento da alta, realizou ensinamentos ao doente/família, reforçando os seus conhecimentos, capacidades e competências para cuidar do seu familiar no domicílio. Todos os ensinamentos realizados tiveram como intuito promover o autocuidado e a continuidade dos cuidados com dignidade e segurança. A educação para a saúde, com o aumento da literacia em saúde, é

um método eficaz para melhorar o autocuidado e adesão a estilos de vida saudáveis e consequente diminuição dos fatores de risco cardiovasculares, através do desenvolvimento de competências e motivação necessárias para o autocuidado (FPC, 2019; Reveles *et al*, 2018; Dickson *et al*, 2016; Orem, 1991).

O enfermeiro, no respeito pelo direito à autodeterminação, deve informar a pessoa/família no que respeita aos cuidados de enfermagem (Lei nº156/2015). Assim, nos diferentes campos de estágio, contactou com familiares de doentes internados, tendo-os informado sobre os cuidados de enfermagem, esclarecendo dúvidas de forma clara, ajustando o discurso a cada situação, estabelecendo uma relação de ajuda e apoio.

O enfermeiro ao estabelecer uma relação de ajuda adequada, desenvolve o que está definido pela OE como Padrão de Qualidade do EEEMC:PSC, no primeiro enunciado descritivo: Satisfação do Cliente (OE,2011a).

O EEEMC-PSC, na sua prática, deve atuar minimizando o impacto negativo decorrentes da alteração de ambiente forçosa pela necessidade de cuidados de saúde, gerir a comunicação e a informação à pessoa/família em crítica e ou falência orgânica face à situação; implementar técnicas de comunicação que permitam o desenvolvimento da relação terapêutica com a PSC (OE,2011a).

Durante os estágios, manteve uma participação ativa nos cuidados à pessoa em situação crítica, o que permitiu demonstrar um nível de conhecimentos adequados e capacidade de estabelecer prioridades de atuação e gestão dos cuidados. No decorrer do estágio, ganhou segurança e autonomia, identificando prioridades e complicações precocemente no doente crítico, antecipando a sua atuação. Todas as aprendizagens que conseguiu desenvolver só foram possíveis pelo investimento pessoal que fez durante este período e pelo apoio e partilha de conhecimentos da enfermeira supervisora.

Considera que os cursos frequentados, nomeadamente de Suporte Avançado de Vida (SAV) (Anexo V) e Internacional Trauma Life Support (ITLS) (Anexo VI) foram essenciais para a aquisição de competências no cuidar da pessoa em situação crítica assim como para analisar e refletir sobre as situações simuladas e transpor esse conhecimento para a prática.

Após reflexão de todas as atividades desenvolvidas e experiências vivenciadas, considera ter adquirido competência para cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, ao nível da competência de enfermeira especialista e mestre em enfermagem.

“K2 - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação” (OE, 2018:19363).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, a catástrofe é definida como “acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.” (OE, 2011a:2).

Teve oportunidade de realizar uma entrevista não estruturada com a Enfermeira elo de ligação do serviço com o gestor do risco do HESE, de forma a perceber o seu papel no serviço. Analisou os planos de emergência interna dos serviços, e no decorrer dos estágios demonstrou conhecimentos sobre os mesmos e sobre a atuação em caso de ativação. Realizou pesquisa bibliográfica sobre catástrofe e emergência multivítima.

Não prestou cuidados em situações de catástrofe, mas, face ao exposto anteriormente considera ter adquirido competência para dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas.

“K3 - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a anti-microbianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2018:19364).

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), são consideradas uma epidemia silenciosa, um problema prevalente nos cuidados de saúde, que é proibido descurar (Pina, 2010). A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que estas complicam e retardam a recuperação dos doentes e conduzem a um aumento no consumo de recursos. É definida como uma “infeção adquirida pelos utentes e profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que estes sejam prestados, independentemente do nível dos cuidados (agudos, reabilitação, ambulatório, domiciliários)” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2008:5).

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, face aos múltiplos contextos de actuação, à complexidade das situações e à necessidade de utilização de múltiplas medidas invasivas, o enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção” (OE, 2011a:7).

Teve oportunidade de realizar entrevista informal com a Enfª elo de ligação do serviço com o GCL-PPCIRA e perceber o seu papel no seio da equipa. Consultou os documentos existentes nos serviços referentes à prevenção e controlo de infeção. Teve sempre a preocupação de atuar em conformidade com a norma de precauções básicas do controlo da infeção (PBCI). Durante a prestação de cuidados, a higiene das mãos é considerada uma das medidas mais relevantes na diminuição da transmissão de infeções entre doentes (DGS, 2008). Assim, teve sempre a preocupação de executar a técnica correta de higienização das mãos, tendo em conta os 5 momentos.

Na UCIC, prestou cuidados a doentes com infeções por microrganismos multirresistentes e que necessitavam de isolamento para evitar a transmissão. Teve o cuidado de utilizar de forma adequada os equipamentos de proteção individual (EPI) necessários a cada situação, sendo este procedimento fundamental para a segurança dos doentes. Realizou ensino e transmitiu informação à família sobre a necessidade de isolamento e sua importância, bem como os cuidados a ter e a correta utilização dos EPI.

Após análise e reflexão sobre as atividades desenvolvidas considera estas competências adquiridas.

“Competência de mestre nº7: Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade” (A3ES, 2014: 26).

Considera que esta competência de mestre também foi adquirida, uma vez que todas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSC foram desenvolvidas durante os estágios.

4. CONCLUSÃO

A elaboração do presente documento permitiu descrever e analisar criticamente o percurso realizado durante os estágios no SU, UADCI e UCIC, onde prestou cuidados de enfermagem a pessoas/ famílias em situação crítica.

No decorrer dos estágios mobilizou os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares anteriores e, desenvolveu e prestou cuidados a pessoas a vivenciarem situações de urgência/emergência e/ou agudização de situações de doença crítica e/ou falência orgânica, permitindo o desenvolvimento de competências de EEEMc:PSC.

Permitiu também o desenvolvimento de uma atividade de intervenção major no serviço. Esta atividade tinha como objetivo avaliar o nível de adequação do autocuidado da pessoa com doença coronária através da aplicação da Escala de Autocuidado para a Pessoa com Doença Coronária (EACPDc). No seu desenvolvimento foi feita a tradução e adaptação da escala do Autocuidado na doença coronária, “Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory” de Victoria Vaughan Dickson, para a população portuguesa (SC-CHDI).

Esta atividade de intervenção não termina por aqui. A escala de autocuidado para a pessoa com doença coronária é um instrumento essencial na avaliação de determinados parâmetros do autocuidado, permitindo ao enfermeiro intervir individualmente segundo as necessidades identificadas. É, portanto, um instrumento fundamental e que servirá de guia orientador na consulta de enfermagem na UADCI.

Apesar das dificuldades e limitações encontradas no decorrer desta etapa, nomeadamente a demora dos pareceres das comissões de ética, a distância entre a sua/residência e o local de implementação do projeto, a conciliação dos turnos no local de trabalho com os do local de estágio, considera que conseguiu atingir os objetivos a que se propôs inicialmente. Por todas as atividades e reflexões desenvolvidas, considera ter desenvolvido as competências de EEEMc:PSC e as competências de mestre em enfermagem.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaby, A., Friis, K., Christensen, B., Rowlands, G., & Maindal, H. T. (2017). Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. *European journal of preventive cardiology*, 24(17), 1880–1888. <https://doi.org/10.1177/2047487317729538>
- Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior [A3ES] (2014). NCE/14/01772 - Apresentação de Pedido corrigido- Novo ciclo de estudos.
- Assembleia Geral das Nações Unidas. (1948). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Obtido de <https://www.unicef.org>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Costa, M. (2017). Acesso radial no cateterismo cardíaco: podemos ainda fazer melhor. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36 (6), 415-416.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas*. Leya.
- Deodato, S. F. (2010). Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/4984>
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, 2959–2962.
- Dec. Lei n.º 156. (2015). Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República, 1.a série — N.º 181 — 16 de setembro de 2015*, 4860–4862.
- Dickson V, Lee C, Yehle K, Mola A, Faulkner K. (2016) Psychometric testing of the self-care of coronary heart disease inventory (SC-CHDI). *Research in Nursing & Health*, 40 (1): 15-22. Disponível em: <https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1190&context=nrs>
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº001/2017. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

- Direção Geral da Saúde [DGS] (2015). Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020. Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro de 2015. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde [DGS] (2008). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.
- European Resuscitation Council [ERC] (2015). *Suporte Avançado de Vida*. (7ª edição). Niel, Bélgica: European Resuscitation Council.
- European Society of Cardiology [ESC] (2019). *Guidelines on Chronic Coronary Syndromes*. Biot, France: European Society of Cardiology. Disponível em: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Chronic-Coronary-Syndromes>
- European Society of Cardiology [ESC] (2016). *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice*. Biot, France: European Society of Cardiology. Disponível em: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/CVD-Prevention-in-clinical-practice-European-Guidelines-on>
- Eurostat (2019). Estatísticas sobre causas de morte. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics/pt&ol-did=143693#Principais_resultados
- Fernandes, A. (2020, Janeiro). Uma perspectiva sobre o Relatório da OCDE “Health at a Glance 2019”. *Acta Médica Portuguesa*, 33 (1), 4-6.
- Fundação Portuguesa de Cardiologia [FPC] (2019). Portal da Fundação Portuguesa de Cardiologia [Internet]. Lisboa: Fundação Portuguesa de Cardiologia. Disponível em: <http://www.fpcardiologia.pt>
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem- Os fundamentos à prática profissional* (4ª Ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.
- HESE (2020a). Portal do Hospital do Espírito Santo de Évora. Disponível em: <https://www.hevora.min-saude.pt>
- HESE (2020b). Relatório de atividade da UCIC 2019. Évora, Portugal: Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, HESE.

- HESE (2020c). Relatório de atividade da UADCI 2019. Évora, Portugal: Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção, HESE.
- HESE (2018). Protocolo de desinsuflação de dispositivo de compressão radial (TR Band) abreviado. Évora, Portugal: Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção, HESE.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2020). Estatísticas da Saúde 2018. Lisboa, Portugal: INE.
- Mohammadpour A, Sharghi N, Khosravan S, Alami A, Akhond M. (2015) The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24: 1-7. Disponível em: https://docksci.com/the-effect-of-a-supportive-educational-intervention-developed-based-on-the-orems_5a52acf7d64ab2776e7cc1ae.html DOI: 10.1111/jocn.12775
- Nunes, L. (2016). E quando eu não puder decidir?. Ética no fim de vida. Fundação Francisco Manuel dos Santos. ISBN: 978-989-8838-69-8
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris, França: OECD Publishing. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2019). Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª série, n.º26, 4744-4750.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República*, 2ª série nº135 (16/07/2018), 19359-19370. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011a). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2011b). Condições do Exercício. Parecer do Conselho Jurisdicional 248, Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa, Portugal: OE. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., Matos, B. (2010), Infecções Associadas aos Cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, (10), 27-39.
- Reveles A, Simões I, Ferreira P. (2018, Abr-Jun) Consulta de enfermagem e controlo de fatores de risco cardiovascular na pessoa após síndrome coronária aguda. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV n.17: 33-42. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832018000200004&lng=pt&nrm=iso DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17089>.
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Stromberg, A. (2012, Jul-Sep.)). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204. Disponível em: <http://liu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A556587&dswid=-4272> DOI: 10.1097/ANS.0b013e318261b1ba.
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38. [https://doi.org/ISSN 1646-5067](https://doi.org/ISSN%201646-5067)
- Servicio Extremeño de Salud [SES] (2018a). Normas de funcionamiento enfermería. Servicio Urgencias. HIC. Badajoz, España: Servicio Extremeño de Salud.
- Servicio Extremeño de Salud [SES] (2018b). Memoria de actividad y científica del área de salud de Badajoz. Badajoz, España: Servicio Extremeño de Salud.
- Simões, A (2020). Pensar em saúde- Dia Nacional do doente coronário. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/acoress/noticias/conteudos/14fev-dia-nacional-do-doente-coronario/>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5a ed.). Loures, Portugal: Lusociência.

World Health Organization [WHO] (2019). *Self-care can be an effective part of national health systems*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/self-care-national-health-systems/en/>

World Health Organization [WHO] (2017). *Cardiovascular Diseases*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

APÊNDICES

Apêndice I- Projetos de Estágio



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Docente(s): Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Enfermeira Orientadora: Calixta Portalo Garcia

PROJETO INDIVIDUAL: SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BADAJOZ

Autor:

Inês Beliz nº7309

Junho

2019

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Docente(s): Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques
Enfermeira Supervisora: Calixta Portalo Garcia

PROJETO INDIVIDUAL: SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
BADAJOZ

Autor:
Inês Beliz

Junho
2019

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

Abreviaturas e símbolos

APA- *American Psychological Association*

HDJMG- Hospital Doutor José Maria Grande

OE- Ordem dos Enfermeiros

SO- Serviço de Observação

SU- Serviço de Urgência

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIDEM- Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emilio Moreira

ULSNA- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

Índice

INTRODUÇÃO.....	6
1- EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.....	7
2-CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BADAJOZ.....	9
3- AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	10
3.1- COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	10
3.2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA.....	16
4- CONCLUSÃO.....	21
5- BIBLIOGRAFIA.....	22

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

Índice de tabelas

Tabela n.1- Competências comuns do enfermeiro especialista.....	11
Tabela n. 2- Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica.....	17

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, no ano letivo de 2018/2019, na Unidade Curricular Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (estágio 1), foi proposto a realização de um projeto individual, apresentado no início desta unidade curricular, que consta no planeamento da mesma e que será objeto de avaliação.

Assim, vou realizar o Estágio 1 no Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz, onde pretendo mobilizar os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares anteriores e, desenvolver e prestar cuidados a pessoas a vivenciarem situações de urgência/emergência e/ou agudização de situações de doença crítica e/ou falência orgânica.

O estágio constitui assim um momento "... insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais (...) que (...) implica a articulação de processos de reflexão na e sobre a acção (...) e (...) é mediada por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica, que implica mudanças a nível do comportamento observável, auto-conhecimento e definição de uma "estratégia pessoal" de processar a informação (...)" (Abreu, 2003, citado por Fonseca, 2006:49)

Com a realização deste projeto pretendo delinear e planear os objetivos que tenciono atingir até ao final do estágio.

Como objetivo geral deste projeto pretendo adquirir conhecimentos e desenvolver competências específicas no cuidar à Pessoa em Situação Crítica.

Como objetivos específicos:

- Prestar cuidados de Enfermagem especializados à pessoa e sua família, de acordo com cada situação específica, tendo por base cuidados atualizados e de maior evidência;
- Definir objetivos e ações a desenvolver no Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz de acordo com as competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica;
- Dar resposta ao instrumento de avaliação da unidade curricular Estágio 1.

Este trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico e foi elaborado utilizando como norma de referência a APA - American Psychological Association (6ª edição).

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

1- EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Dei início ao meu percurso académico na Escola Superior de Saúde de Portalegre, entre os anos de 2002/2006, onde concluí a Licenciatura em Enfermagem, com a classificação final de 16 (dezasseis) valores.

Iniciei a minha atividade profissional como Enfermeira na UCIDEM do HDJMG de Portalegre, no dia 21 de Agosto de 2006 onde permaneci até 8 de Agosto de 2010.

O trabalho numa Unidade de Cuidados Intensivos é complexo e intenso, devendo o Enfermeiro possuir aptidões e competências que lhe permitam desenvolver as suas funções eficazmente, aliando o conhecimento técnico científico ao domínio da tecnologia e à humanização e individualização dos cuidados. Assim, e tentando de alguma forma colmatar a falta de experiência, tendo sempre como objetivo prestar cuidados de qualidade e com segurança, nos anos 2008/2009 realizei uma Pós-Graduação em "Urgência e Emergência Hospitalar" na Universidade Atlântica, com a classificação final de 16 (dezasseis) valores.

Sendo a Enfermagem considerada uma profissão em constante evolução e remodelação, torna-se essencial por parte do Enfermeiro uma constante atualização e formação contínua.

Durante este período (2006-2010) participei em diversas atividades formativas, promovidas tanto pelo serviço/ hospital, como externas, nomeadamente: "Transporte de doentes críticos", "Suporte Básico de Vida", Curso de "Reanimação Cardio-Respiratória", Curso de "Enfermagem em Cuidados Intensivos", Curso de "Enfermagem nas Urgências Traumatológicas", Curso "Emergência Trauma e Catástrofe", Curso "Abordagem avançada da Paragem Cardio-Respiratória", Curso "Ventilação não Invasiva na Insuficiência Respiratória Aguda", Curso de "Ventilação Mecânica não Invasiva para Enfermeiros"...

De 9 de Agosto de 2010 até 11 de Julho de 2011 exerci funções como Enfermeira no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Santa Luzia de Elvas, onde desenvolvi/ realizei diversas atividades no âmbito dos cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico. A 12 de Julho de 2011 iniciei funções no Serviço de Medicina Ala Direita do mesmo Hospital, onde permaneço.

Durante a minha atividade profissional tenho tido oportunidade de colaborar com as escolas de Enfermagem na supervisão de alunos em contexto de ensino clínico. Inicialmente, dada a pouca experiência na supervisão de alunos em ensino clínico, senti necessidade de obter formação na área, pelo que, no ano letivo 2011/2012 realizei o Curso de Pós-Graduação em Supervisão Clínica, na Escola Superior de Saúde de Portalegre, com a classificação final de 17 (dezassete) valores.

Em 2015/2016 realizei uma Pós-Graduação em Ventilação Não Invasiva, na Universidade de Évora, com a classificação final de 18 (dezoito) valores.

Da necessidade constante de adquirir novos conhecimentos e novas competências com

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

vista à prestação de cuidados de enfermagem de excelência, surge a minha candidatura ao Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

2- CARATERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BADAJOZ

A escolha do Serviço de Urgência (SU) para a realização do Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, prende-se com a necessidade de aquisição de novos conhecimentos e competências inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica. Este serviço encontra-se inserido no Hospital Universitário de Badajoz, e desenvolve a sua atividade tendo como objetivo prestar assistência com a máxima garantia científica e técnica, diminuir os riscos, aumentar a segurança dos utentes/trabalhadores e a uniformização dos cuidados.

Como valores, apresentam os seguintes princípios, que fazem parte do plano estratégico 2014-2018:

- **Profissionalismo:** Desenvolvimento do trabalho, de forma a aumentar conhecimentos e o orgulho pela profissão que se desempenha;
- **Orientação de Resultados:** Procurar o melhor para o paciente através do uso eficiente de recursos;
- **Atitude Inovadora:** Gerar ideias e adaptação a novas circunstâncias, através do trabalho em equipa;
- **Compromisso:** Assumir as competências individuais e os objetivos estabelecidos propostos pela organização de saúde;
- **Orientação ao cliente:** Trato personalizado ao paciente através do respeito, empatia, educação e adaptar às características pessoais de cada um, sem esquecer a segurança do mesmo.

Este é o Hospital de referência da Extremadura, pelo que o serviço de urgência atende utentes com variadas situações clínicas.

No serviço de urgência, o objetivo é estabilizar o mais rapidamente possível o doente crítico tomando decisões num curto espaço de tempo.

O serviço é composto por uma sala de triagem, uma sala de críticos, 3 consultas de urgências gerais, 1 consulta de especialidade, sala de tratamento com 11 cadeirões, Sala de Observação (SO) I com 25 camas, SO2 com 14 camas e existe ainda um SO3 que está fechado, e só é aberto quando há necessidade.

Na zona do Trauma, há uma sala de consulta, uma sala de gessos e uma sala de emergência traumática.

Projeto individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

3- AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído (...) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas. (OE, 2019)

3.1- COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

As Competências comuns do Enfermeiro Especialista "são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;" (OE, 2019:4745).

Estas resultam do aprofundamento das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, que asseguram que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, de acordo com as necessidades de saúde dos utentes/família/cuidados, mobiliza para atuar de acordo com as necessidades em todos os contextos de vida e nos diferentes níveis de prevenção.

Assim, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são as seguintes:

- Competências no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- Competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;
- Competências no Domínio da Gestão dos Cuidados;
- Competências no Domínio do Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional.

(OE, 2019)

Seguidamente descrevo as atividades que pretendo desenvolver, durante este estágio, para assim adquirir as competências que o enfermeiro especialista deve deter no final deste curso de especialização. (Tabela n.º1)

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badaioz

Competências comuns do Enfermeiro Especialista	Ações Planeadas	Avaliação
Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional	A1.1- Demonstrar a tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. A1.2- Liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade. A1.3- Avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão. A2.1- Promover a proteção dos direitos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> - Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. - Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. - Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. - Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. - Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. - Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido. - Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. - Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. - Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. - Reconhece a sua competência na área da sua especialidade. - Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. - Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão. - Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. - Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação.
A2- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais		

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

		<ul style="list-style-type: none"> - Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. - Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. - Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. - Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos. - Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. - Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. - Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. - Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.
	A2.2- Gerir, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	
Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade B1- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	B1.1- Mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Detêm conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. - Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. - Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.
B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.	B2.1- Avaliar a qualidade das práticas clínicas.	<ul style="list-style-type: none"> - Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. - Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas.

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

<p>B3- Garante um ambiente terapêutico e seguro.</p>	<p>B2.2- Planejar programas de melhoria contínua.</p> <p>B3.1- Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica oportunidades de melhoria. - Estabelece prioridades de melhoria. - Seleciona estratégias de melhoria. - Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. - Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade. - Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das percepções de segurança grupo. - Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. - Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. - Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. - Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. - Envolve os colaboradores na gestão do risco. - Previne os riscos ambientais. - Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano.
<p>Domínio da gestão dos cuidados C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.</p>	<p>C1.1- Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colabora nas decisões da equipa de saúde. - Reconhece quando é necessário referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde. - Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar.

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

<p>C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados</p>	<p>C1.2- Supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.</p> <p>C.2.1- Otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.</p> <p>C2.2- Adaptar o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. - Avalia a execução das tarefas delegadas. - Implementa métodos de organização do trabalho adequados. - Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade. - Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. - Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. - Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado.
	<p>Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar - Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. - Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. - Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. - Atua eficazmente sob pressão. - Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. - Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.
<p>D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica</p>	<p>D1.1- Ter consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p> <p>D1.2- Gerar respostas de adaptabilidade individual e organizacional.</p> <p>D2.1- Responsabilizar-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. - Diagnostica necessidades formativas.

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

		<ul style="list-style-type: none"> - Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. - Avalia o impacto da formação. - Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. - Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuem para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. - Discute as implicações da investigação. - Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. - Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. - Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. - Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas. - Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. - Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.
	<p>D2.2- Suportar a prática clínica em evidência científica.</p> <p>D2.3- Promover a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.</p>	

Tabela n.1- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

3.2-COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO- CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

As competências específicas são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. (OE, 2019:4745)

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são definidos como "cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total." (OE, 2018:19362)

Os cuidados à pessoa em situação crítica podem advir de uma situação de emergência, catástrofe e exceção, situações estas que colocam a pessoa em risco de vida. Assim, os cuidados de enfermagem prestados à pessoa/família em situação crítica obrigam a uma observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, a fim de: ter conhecimento contínuo da situação da pessoa/família a quem se presta cuidados, prever e detetar precocemente possíveis complicações e de garantir cuidados precisos, concretos, eficientes e em tempo útil. (OE, 2018)

Seguidamente descrevo as atividades que pretendo desenvolver, durante este estágio, para assim adquirir as competências que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica deve deter no final deste curso de especialização. (Tabela n.º2)

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica	Ações Planeadas	Avaliação
1- Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.	<p>1.1- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica no serviço de urgência.</p> <p>1.2- Garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos.</p>	<p>-Identifica prontamente focos de instabilidade; -Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade; -Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica; -Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida e trauma.</p> <p>- Diagnostica precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos; - Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações; - Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados; -Demonstra conhecimentos e habilidades perante situações de morte cerebral e manutenção hemodinâmica do potencial dador de órgãos e tecidos.</p>
	1.3- Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas.	<p>-Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar; -Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; -Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; -Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor; -Demonstra conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia.</p>

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

	<p>1.4- Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.</p> <p>1.5- Gerir o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.</p> <p>1.6- Assistir a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica.</p>	<p>- Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica;</p> <p>- Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com "barreiras à comunicação";</p> <p>- Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p> <p>- Inicia a relação terapêutica, reconhecendo as transações da relação perante a pessoa com dificuldades de comunicação;</p> <p>- Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica;</p> <p>- Seleciona e utiliza de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa, família/cuidador em situação crítica;</p> <p>- Avalia o processo de relação estabelecida com a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p> <p>- Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica;</p> <p>- Demonstra conhecimentos e habilidades facilitadores da "dignificação da morte" e dos processos de luto.</p>
2-Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação	2.1-Cuidar da pessoa em situações de emergência, exceção e catástrofe.	<p>- Salvaguarda condições de segurança;</p> <p>- Adequa resposta em situação de trauma;</p> <p>- Realiza triagem primária e secundária;</p> <p>- Proporciona os cuidados adequados baseados nas mais recentes orientações científicas;</p> <p>- Assegura meios de evacuação e transporte;</p> <p>- Garante a continuidade dos cuidados registando e transmitindo a informação pelos meios técnicos disponíveis.</p>

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

<p>3-Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas</p>	<p>2.2- Planear respostas à situação de catástrofe.</p> <p>2.3- Gerir os cuidados em situações de emergência, exceção</p> <p>2.4- Assegurar a eficiência dos cuidados de enfermagem preservando os vestígios de indícios de prática de crime.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstra conhecer os planos e os princípios de atuação em situações de catástrofe; - Identifica os vários tipos de catástrofe e as implicações para a saúde; - Integra a equipa pluridisciplinar e pluriprofissional na organização dos recursos humanos, materiais e meios técnicos de intervenção; - Define prioridades de atuação; - Sistematiza as ações a desenvolver em situação de emergência ou catástrofe. - Avalia em contínuo a articulação e eficiência da equipa; - Adequa a resposta face à evolução dinâmica da situação de emergência ou catástrofe; - Demonstra conhecimentos na utilização de comunicações de emergência; - Gere a comunicação de informações referente à evolução da situação de emergência ou catástrofe. - Diagnostica precocemente indícios de prática de crime na vítima(s) ou no meio envolvente; - Salvaguarda a preservação de vestígios, atendendo à cadeia de Custódia; - Reconhece irregularidades e suspeita de crime encaminhando as mesmas para as entidades competentes; - Reencaminha para o(s) organismo(s) vocacionado(s) no apoio à vítima e respetiva família. - Demonstra conhecimento de medidas de Controlo de Infeção e de resistência a Antimicrobianos tal como das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção; - Diagnostica as necessidades do serviço em matéria de prevenção e controlo de infeção; - Estabelece as estratégias pro-ativas a implementar no serviço visando a prevenção e
---	---	---

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

	<p>3.2-Incentiva o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das Infecções Associadas à Prestação de Cuidados de Saúde e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.</p>	<p>controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos do serviço.</p> <ul style="list-style-type: none">- Demonstra conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar que lhe permitam ser referência para a equipa que cuida da pessoa em situação crítica/falência orgânica, na prevenção e controlo da infeção e na resistência a Antimicrobianos;- Estabelece os procedimentos e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão na pessoa em situação crítica/falência orgânica;- Salvaguarda o cumprimento dos procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos.
--	--	---

Tabela n.2- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

4- CONCLUSÃO

A realização do presente projeto foi proposta no início da unidade curricular Estágio 1. Neste foram traçados os objetivos com as ações correspondentes, tendo em conta as competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, que pretendo atingir.

Os objetivos foram traçados tendo em conta a caracterização do serviço, de modo a serem possíveis de atingir.

O Estágio 1 deve contribuir para a aquisição e consolidação de competências na formação do futuro Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que nele se deve confrontar com pessoas em situação de urgência. Assim, tenciono desenvolver/aprofundar conhecimentos tendo em conta os objetivos e competências delineadas, através das vivências e ações implementadas para cada situação.

Como futura Enfermeira Especialista, pretendo desenvolver a prática clínica no Serviço de Urgência com a implementação de metodologias de ensino e de aprendizagem, com aposta no incremento de conhecimento resultante de evidência científica mais atual, conduzindo à prestação de cuidados de elevada qualidade e segurança à pessoa em situação crítica, considerando a pessoa em situação crítica como "aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica." (OE, 2018:19362)

A realização deste projeto constitui o início de um longo percurso de formação que vai culminar com a aquisição do Grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

Projeto Individual: Serviço de Urgência do Hospital Universitário de Badajoz

5- BIBLIOGRAFIA

Fonseca, M (2006). Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem. Perspectiva do docente. Coimbra, Portugal: Formasau.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, n.º26, 4744-4750.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República, 2ª série, n.º135, 19359-19370.

Sistema Español de Salud. (2014). Plan Estratégico 2014-2018: La gestión es de todos. Gerencias de las Áreas de Salud de Badajoz y Llerena-Zafra. Disponível em: http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/area/plan_estrategico_2014_2018.pdf



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Docente(s): Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Enfermeira(s) Orientadora(s): Márcia Raquel Fonseca Vicente; Fernanda Carmo Gouveia da Silva

PROJETO INDIVIDUAL: ESTÁGIO FINAL

Autor:

Inês Beliz nº7309

Setembro

2019

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica
Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica
Docente(s): Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques
Enfermeira(s) Orientadora(s): Márcia Raquel Fonseca Vicente; Fernanda Carmo Gouveia da
Silva

PROJETO INDIVIDUAL: ESTÁGIO FINAL

Autor:
Inês Beliz Nº7309

Setembro
2019

Projeto Individual: Estágio Final

Abreviaturas

APA- *American Psychological Association*

HDJMG- Hospital Doutor José Maria Grande

HESE- Hospital do Espírito Santo

HSLE- Hospital de Santa Luzia de Elvas

OE- Ordem dos Enfermeiros

SU- Serviço de Urgência

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC- Unidades de Cuidados Intensivos Cardíacos

UADCI- Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção

UCIDEM- Unidade de Cuidados Intensivos Dr. Emílio Moreira

ULSNA- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

Índice

INTRODUÇÃO.....	4
1- EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL.....	6
2- CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS.....	8
2.1- HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA.....	8
2.1.1- Unidade de angiografia digital e cardiologia de intervenção.....	9
2.1.2- Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos.....	10
2.2- HOSPITAL DE SANTA LUZIA DE ELVAS- SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	11
3- AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM.....	12
3.1- COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	13
3.1.1- Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	13
3.1.2- Competências no domínio da melhoria da qualidade.....	14
3.1.3- Competências no domínio da gestão dos cuidados.....	16
3.1.4- Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	17
3.2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	19
3.2.1 Competências específicas a desenvolver.....	19
4- CONCLUSÃO.....	23
5- BIBLIOGRAFIA.....	24

Projeto Individual: Estágio Final

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, no ano letivo de 2019/2020, na Unidade Curricular Estágio Final, foi proposto a realização de um projeto individual, apresentado no início desta unidade curricular, que consta no planeamento da mesma e que será objeto de avaliação.

Assim, o estágio final decorre de 16/09/2019 a 31/01/2020 e vai ser realizado no Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) e Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI) e no HSLE no Serviço de Urgência. Durante este estágio pretendo mobilizar os conhecimentos adquiridos nas unidades curriculares anteriores e, desenvolver e prestar cuidados a pessoas a vivenciarem situações de urgência/emergência e/ou agudização de situações de doença crítica e/ou falência orgânica.

O estágio constitui assim um momento "...insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais (...) que (...) implica a articulação de processos de reflexão na e sobre a acção (...) e (...) é mediada por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica, que implica mudanças a nível do comportamento observável, auto-conhecimento e definição de uma "estratégia pessoal" de processar a informação (...)" (Abreu, 2003, citado por Fonseca, 2006:49)

Com a realização deste projeto pretendo delinear e planear os objetivos que tenciona atingir até ao final do estágio.

Como objetivo geral deste projeto pretendo planear e organizar o caminho a percorrer durante o estágio final do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica.

Como objetivos específicos:

- Apresentar uma breve descrição da experiência profissional e justificar a escolha dos locais de estágio;
- Fazer uma breve caracterização dos serviços;
- Descrever as competências comuns do enfermeiro especialista e competências de mestre em enfermagem que pretende atingir e desenvolver durante o estágio;
- Descrever as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e competências de mestre em enfermagem que pretende adquirir e desenvolver;
- Descrever as intervenções a realizar para que o desenvolvimento das competências seja atingido;
- Definir indicadores de avaliação para a aquisição das competências

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

4

Projeto Individual: Estágio Final

Este trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico e foi elaborado utilizando como norma de referência a APA - American Psychological Association (6ª edição).

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

5

Projeto Individual: Estágio Final

1- EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Dei início ao meu percurso académico na Escola Superior de Saúde de Portalegre, entre os anos de 2002/2006, onde concluí a Licenciatura em Enfermagem.

Iniciei a minha atividade profissional como Enfermeira na UCIDEM do HDJMG de Portalegre, no dia 21 de Agosto de 2006 onde permaneci até 8 de Agosto de 2010.

O trabalho numa Unidade de Cuidados Intensivos é complexo e intenso, devendo o Enfermeiro possuir aptidões e competências que lhe permitam desenvolver as suas funções eficazmente, aliando o conhecimento técnico científico ao domínio da tecnologia e à humanização e individualização dos cuidados. Assim, e tentando de alguma forma colmatar a falta de experiência, tendo sempre como objetivo prestar cuidados de qualidade e com segurança, nos anos 2008/2009 realizei uma Pós-Graduação em "Urgência e Emergência Hospitalar" na Universidade Atlântica.

Sendo a Enfermagem considerada uma profissão em constante evolução e remodelação, torna-se essencial por parte do Enfermeiro uma constante atualização e formação contínua.

Durante este período (2006-2010) participei em diversas atividades formativas, promovidas tanto pelo serviço/ hospital, como externas, nomeadamente: "Transporte de doentes críticos", "Suporte Básico de Vida", Curso de "Reanimação Cardio-Respiratória", Curso de "Enfermagem em Cuidados Intensivos", Curso de "Enfermagem nas Urgências Traumatológicas", Curso "Emergência Trauma e Catástrofe", Curso "Abordagem avançada da Paragem Cardio-Respiratória", Curso "Ventilação não Invasiva na Insuficiência Respiratória Aguda", Curso de "Ventilação Mecânica não Invasiva para Enfermeiros"...

De 9 de Agosto de 2010 até 11 de Julho de 2011 exerci funções como Enfermeira no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Santa Luzia de Elvas, onde desenvolvi/ realizei diversas atividades no âmbito dos cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico. A 12 de Julho de 2011 iniciei funções no Serviço de Medicina Ala Direita do mesmo Hospital, onde permaneço.

Durante a minha atividade profissional tenho tido oportunidade de colaborar com as escolas de Enfermagem na supervisão de alunos em contexto de ensino clínico. Inicialmente, dada a pouca experiência na supervisão de alunos em ensino clínico, senti necessidade de obter formação na área, pelo que, no ano letivo 2011/2012 realizei o Curso de Pós-Graduação em Supervisão Clínica, na Escola Superior de Saúde de Portalegre.

Em 2015/2016 realizei uma Pós-Graduação em Ventilação Não Invasiva, na Universidade de Évora.

Da necessidade constante de adquirir novos conhecimentos e novas competências com

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

6

Projeto Individual: Estágio Final

vista à prestação de cuidados de enfermagem de excelência, surge a minha candidatura ao Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

Os locais de estágio não foram os selecionados inicialmente, pois por motivos alheios à instituição onde decorre o mestrado e ao formando, o estágio no local inicialmente escolhido não foi autorizado pela instituição devido a uma sobrecarga de alunos no período em questão. Assim, como já referido anteriormente, o estágio vai ser realizado no HESE, na UCIC e na UADC e no HSLE no Serviço de urgência. Considera que, o facto de serem serviços onde nunca exerceu funções lhe permitirá desenvolver competências de enfermagem no cuidar do doente crítico.

Projeto Individual: Estágio Final

2- CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

2.1- HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA¹

O Hospital de Évora serve a população do Alentejo há mais de quinhentos anos. Durante este período, este hospital foi evoluindo e passou por várias designações, entre as quais: Hospital Real, Hospital do Espírito, Hospital da Misericórdia e, após o 25 de Abril de 1974, Hospital Civil e Hospital Distrital de Évora.

Em 1996 voltou a designar-se Hospital do Espírito Santo, passando a Entidade Pública Empresarial (EPE) em 2007. Em 2008, o HESE-EPE foi classificado como Hospital Central.

O HESE-EPE é um hospital público geral, que está integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS) da Região Alentejo. Desenvolve a sua atividade com base em cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo elevados padrões de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, humanização e promoção do desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.

Este Hospital rege-se pelos seguintes valores: Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; Excelência técnica; Cultura da melhor gestão; Respeito pelas normas ambientais; Promoção da qualidade; Ética, integridade e transparência; Motivação e Trabalho de equipa.

O HESE encontra-se situado na cidade de Évora e é constituído por três edifícios: um de tipo convencional, propriedade da Santa Casa da Misericórdia de Évora, com mais de 500 anos, onde funcionam serviços administrativos e de apoio, o Serviço de Medicina Física e de Reabilitação e o ambulatório do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental; Acoplado ao anterior, está o edifício do Espírito Santo, inaugurado em 1975, onde funcionam a maioria dos serviços de internamento, meios complementares de diagnóstico (exceto imunohemoterapia), o Serviço de Urgência Geral e Pediátrica, Bloco Operatório, Cirurgia de Ambulatório, Unidade de Convalescença, Serviço de Patologia Clínica e de Imagiologia; Por último, separado dos anteriores por uma estrada, encontra-se o edifício do Patrocínio, onde estão alocados os serviços de internamento das Medicinas e Psiquiatria, o Serviço de Imunohemoterapia, a Neurologia, o Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação, o Serviço Social e Gabinete do Utente, as Consultas Externas, a Unidade de Radioterapia, a Oncologia, o Serviço de Gestão de Doentes, o Arquivo e a Cozinha. Em Edifícios anexos funcionam os Serviços de

¹ Disponível em <https://www.hevora.min-saude.pt/>
Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

Projeto Individual: Estágio Final

Nefrologia, de Anatomia Patológica, o de Segurança e Saúde no Trabalho, Serviços Farmacêuticos e a Lavandaria.

A sua área de influência de primeira linha abrange 150 mil pessoas, correspondendo ao Distrito de Évora (14 Concelhos). Em segunda linha abrangerá cerca de 440 mil pessoas, correspondente a toda a região do Alentejo (33 Concelhos: 15 do Distrito de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Alentejo Litoral).

A área de influência direta do HESE, E.P.E. corresponde ao Distrito de Évora que coincide com a área correspondente ao Alentejo Central.

Na Rede de Referência Hospitalar o HESE, E.P.E. funciona como Hospital Central da Região, possuindo muitas valências de carácter regional.

2.1.1- Unidade de angiografia digital e cardiologia de intervenção²

A Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI) foi inaugurada no dia 19 de Junho de 2009, com a missão de dar resposta às necessidades dos utentes da região Alentejo em diversas áreas.

Funciona em dias úteis das 8h-21h e em regime de prevenção permanente desde o dia 17 de Dezembro de 2012, para situações emergentes, de doentes com Enfarte Agudo do Miocárdio.

Apesar de se encontrar na dependência do Serviço de Cardiologia, é uma unidade multidisciplinar, abrangendo as áreas da Cardiologia de Intervenção, Nefrologia e Cirurgia Vascular. A Cardiologia de Intervenção, é a área que mais atividades desenvolve na UADCI, cerca de 80% do tempo de funcionamento da unidade, subdividindo-se na área da hemodinâmica, com a realização de coronariografias e angioplastias coronárias (terça e sexta-feira durante todo o dia e quarta-feira no período da manhã), e na área da arritmologia, Unidade de *Pacing*, com implantação de pacemakers definitivos, desfibriladores e ressincronizadores cardíacos (segunda-feira todo o dia e quinta-feira no período da tarde).

A Nefrologia de Intervenção, funciona nas quartas-feiras no período da tarde, e efetua revisão de fistulas, flebografias, arteriografias e, quando necessário, angioplastias dos acessos vasculares de doentes hemodialisados.

Na área da Cirurgia Vascular são efetuadas, na quinta-feira de manhã, angiografias dos membros inferiores e tratamento de lesões quando indicado.

² Disponível em <https://www.hevora.min-saude.pt/>
Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

Projeto Individual: Estágio Final

No período em que a Unidade está encerrada, as situações emergentes, angioplastias primárias, são asseguradas por uma equipa em regime de prevenção (médico, enfermeiro, técnico de cardiopneumologia e técnico de radiologia).

Relativamente aos recursos humanos, a equipa é multidisciplinar, abrangendo profissionais de diversas áreas, nomeadamente: 3 Médicos Cardiologistas de Intervenção, 4 Médicos Cardiologistas da Unidade de Pacing, 6 médicos de Nefrologia de Intervenção, 1 Médico de Cirurgia Vascular, 4 Técnicos de Cardiopneumologia, 6 Técnicos de Radiologia, 2 Assistentes Operacionais, 1 Assistente Administrativa.

A equipa de enfermagem é constituída por três elementos fixos e cinco elementos com horário rotativo entre a UADCI e o serviço de internamento de cardiologia, estando escalados 2 enfermeiros por turno.

2.1.2- Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos³

A Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC) do HESE-EPE foi inaugurada em 2007, está inserida no Serviço de Cardiologia e presta cuidados cardiológicos diferenciados. Está situada no 5º piso e é composta por 6 unidades de doentes com monitorização de cabeceira e possibilidade de monitorização invasiva ligadas a telemetria central. Dispõe de um ventilador para ventilação invasiva e de um equipamento de ventilação não invasiva, seringas e bombas infusoras, rampas de oxigénio, de vácuo...

Na zona central da unidade existe uma mesa de trabalho, ficando as unidades dos doentes em seu redor, de modo a que a equipa multidisciplinar presente consiga uma observação direta e sem limitações dos doentes.

Relativamente aos recursos humanos, existem 2 enfermeiros por turno. No que diz respeito aos cuidados médicos, estes são assegurados pela equipa de cardiologistas, que recorrem regularmente à unidade para observação e avaliação contínua dos doentes, bem como quando são chamados, pela equipa de enfermagem, por alguma deterioração do estado clínico do doente.

Esta Unidade, para além de doentes que vivenciam processos complexos de doença, como SCA, Insuficiência Cardíaca Descompensada, Edema Agudo do Pulmão, bradi ou taquiarritmias, também recebe doentes provenientes da UADCI após serem submetidos a angioplastia primária.

³ Disponível em <https://www.hevora.min-saude.pt/>
Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

Projeto Individual: Estágio Final

2.2- HOSPITAL DE SANTA LUZIA DE ELVAS- SERVIÇO DE URGÊNCIA⁴

O Hospital de Santa Luzia de Elvas (HSLE) pertence à Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano EPE (ULSNA, E.P.E.). Esta foi criada em 1 de Março de 2007 e é constituída pelos Hospitais Dr. José Maria Grande de Portalegre e Santa Luzia de Elvas e pelo Agrupamento de Centros de Saúde de São Mamede.

A Missão da ULSNA, E.P.E. consiste em promover o potencial de todos os cidadãos, fomentando a saúde e a resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a dignidade humana e a investigação contínua na procura constante de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.

Esta entidade rege-se pelos seguintes valores: Respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; Excelência técnica; Acessibilidade e equidade dos cuidados; Promoção da qualidade; Ética, integridade e transparência; Motivação e actuação pró-activa; Melhoria contínua; Trabalho de equipa; Respeito pelas normas ambientais.

A área de influência corresponde ao distrito de Portalegre abrangendo todos os seus concelhos: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel.

O SU do HSLE está classificado como SUB (Serviço de Urgência Básica) e enquadra a sua atividade na política da ULSNA, EPE.

⁴ Disponível em <http://www.ulsna.min-saude.pt>
Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

Projeto Individual: Estágio Final

3- AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

O Enfermeiro Especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído (...) o título de Enfermeiro Especialista numa das especialidades em enfermagem previstas. (OE, 2019)

Ao frequentar o mestrado em enfermagem, pretende adquirir estas competências e conhecimentos, definidos num conjunto de competências quer comuns quer específicas na área da enfermagem médico-cirúrgica: a pessoas em situação crítica. Para além destas competências pretende também adquirir as competências de mestre em enfermagem que são:

- 1- Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
- 2- Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;
- 3- Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;
- 4- Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;
- 5- Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;
- 6- Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;
- 7- Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Opta por delinear a aquisição e desenvolvimento de competências em conjunto, pois muitas delas irão ser desenvolvidas em paralelo.

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

12

Projeto Individual: Estágio Final

3.1- COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As Competências comuns do Enfermeiro Especialista "são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;" (OE, 2019:4745).

Estas resultam do aprofundamento das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, que asseguram que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, de acordo com as necessidades de saúde dos utentes/família/cuidados, mobiliza para atuar de acordo com as necessidades em todos os contextos de vida e nos diferentes níveis de prevenção.

Assim, as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista são as seguintes:

- Competências no Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal;
- Competências no Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade;
- Competências no Domínio da Gestão dos Cuidados;
- Competências no Domínio do Desenvolvimento da Aprendizagem Profissional.

(OE, 2019)

Com a realização do estágio final propõe-se adquirir e desenvolver as competências comuns do enfermeiro especialista, que apresenta em seguida, bem como as atividades planeadas e os indicadores que permitirão a avaliação da sua aquisição.

Agrupar algumas competências, pois considera que as atividades e indicadores de avaliação se complementam.

3.1.1- Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A1 - Desenvolve uma prática ética e profissional na área de intervenção.

A2 - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Competência de mestre nº 3: Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

Projeto Individual: Estágio Final

ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais.

Atividades a desenvolver

- Revisão e consolidação de conhecimentos deontológicos e éticos;
- Utilização do Código Deontológico e dos princípios éticos e deontológicos nas decisões inerentes a toda a prática clínica;
- Proteção dos direitos humanos dos doentes e restantes intervenientes envolvidos no processo de prestação de cuidados, respeitando a confidencialidade, a privacidade, a autodeterminação, bem como os seus valores, crenças e costumes;
- Participar de forma ativa na tomada de decisão em equipa;
- Realização de autoanálise e reflexão.

Indicadores de avaliação

- Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Demonstra tomada de decisão com base em princípios, valores e normas deontológicas;
- Avalia o processo de tomada de decisão e os seus resultados;
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Promove a proteção dos direitos humanos;
- Promove o respeito pelo direito dos doentes/família no acesso à informação;
- Respeita valores, costumes e crenças do doente/família;
- Reflete sobre cada situação individualmente;

3.1.2- Competências no domínio da melhoria da qualidade

B1- Desempenha um papel dinamizador e de suporte no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

B2- Elabora, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Competência de mestre nº5: Participa de forma proactiva em equipas e projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais.

Projeto Individual: Estágio Final

Atividades a desenvolver

- Reunir com a enfermeira chefe e enfermeira supervisora para efetuar levantamento dos projetos de melhoria contínua no serviço;
- Participar ativamente nas atividades de melhoria da qualidade;
- Fazer levantamento das necessidades de novos projetos;
- Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo por base a evidência científica.

Indicadores de avaliação

- Inicia ou participa em projetos institucionais na área da qualidade;
- Desenvolve aptidões a nível da análise e planeamento estratégico da qualidade dos cuidados;
- Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Identifica oportunidades de melhoria;
- Estabelece prioridades de melhoria;
- Seleciona estratégias de melhoria.

B3- Criar e manter um ambiente terapêutico seguro

Atividades a desenvolver

- Identificar situações de risco real ou potencial para o doente/família e profissionais no serviço;
- Reunir com gestor do risco local e identificar situações possíveis de serem corrigidas;
- Criar condições de segurança para o doente, tendo em conta as suas necessidades físicas, psíquicas, sociais, culturais e espirituais;
- Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir o risco associado à prestação de cuidados;
- Incentivar a notificação do risco clínico e não clínico sempre que este se verifique, desmistificando a política punitiva.

Indicadores de avaliação

- Identifica riscos reais ou potenciais existentes e que comprometam a segurança dos doentes/ família e/ou profissionais de saúde;
- Implementa, juntamente com o responsável pela gestão do risco, estratégias que tenham como fim a manutenção do ambiente seguro à prestação de cuidados;
- Cria um ambiente seguro para o doente/família/profissionais durante a prática clínica;
- Adota medidas de proteção individual durante a prestação de cuidados;
- Notifica institucionalmente o risco clínico e não clínico;

Projeto Individual: Estágio Final

- Incentiva a notificação perante os restantes membros da equipa;
- Implementa e mantém medidas de prevenção e controlo da infeção;
- Desenvolve métodos de trabalho que minimizem a probabilidade de ocorrência de erro humano;
- Promove a aplicação de princípios de ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes.
- Incentiva os colaboradores a contactarem o serviço de saúde ocupacional, sempre que necessitarem.

3.1.3- Competências no domínio da gestão dos cuidados

C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

C2 - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Competência de mestre nº 1: Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada.

Atividades a desenvolver

- Reunir com a enfermeira chefe e enfermeira supervisora de forma a conhecer o serviço, a equipa e a organização dos cuidados adotada;
- Perceber junto da enfermeira chefe o estilo de liderança;
- Orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança doente e a qualidades dos cuidados;
- Reconhecer as intervenções de todos os membros da equipa multidisciplinar;
- Fomentar um ambiente favorável à prática;

Indicadores de avaliação

- Colabora nas decisões da equipa multidisciplinar;
- Reconhece a necessidade de referência para outros prestadores de cuidados de saúde;
- Solicita colaboração de pessoal com maior competência, se necessário;
- Avalia a execução dos cuidados delegados;
- Utiliza os recursos de forma eficiente, promovendo a qualidade dos cuidados;

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

Projeto Individual: Estágio Final

- Mantém um ambiente favorável à prática, aplicando estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado;
- Aplica legislação, políticas e procedimentos de gestão dos cuidados.

3.1.4- Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade

Competência de mestre nº4: Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida

Atividades a desenvolver

- Refletir sobre atitudes e comportamentos pessoais;
- Gerir sentimentos e emoções em situações de maior pressão psicológica;
- Identificar limites pessoais e profissionais e encaminhar para outro profissional sempre que estes interfiram na prestação de cuidados ou coloquem em risco a segurança do doente;
- Discutir com a enfermeira supervisora atitudes e comportamentos adotados;
- Utilizar técnicas de resolução de conflito.

Indicadores de avaliação

- Tem consciência de si enquanto pessoa e enfermeira;
- Gere sentimentos e emoções de forma a favorecer uma resposta eficiente;
- Reconhece limites pessoais e profissionais;
- Atua eficazmente sob pressão;
- Reconhece e antecipa situações de eventual conflito e utiliza técnicas adequadas à sua resolução.

D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Competência de mestre nº2: Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência.

Competência de mestre nº6: Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a

Projeto Individual: Estágio Final

formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular.

Atividades a desenvolver

- Demonstrar conhecimentos científicos e aplicá-los na prestação de cuidados especializados e seguros;
- Discutir com enfermeira supervisora e restante equipa os conhecimentos de forma a melhorar a prática e torná-la mais segura;
- Realização de pesquisa bibliográfica relevante sobre os temas cujos conhecimentos necessitam de ser aprofundados;
- Identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação;
- Identificar uma área onde possa ser realizado um trabalho científico, do qual resulte um projeto de intervenção em serviço;
- Realizar um artigo científico;
- Desenvolver um projeto de intervenção no serviço, favorecendo a aprendizagem e fomentando o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros;
- Avaliar o impacto do projeto desenvolvido.

Indicadores de avaliação

- Discute informalmente com os pares novos conhecimentos e guidelines na abordagem da pessoa em situação crítica de forma a melhorar os cuidados prestados;
- Elaborar artigo científico proposto como um dos elementos de avaliação do estágio;
- Identifica uma área de intervenção onde é necessário um projeto de intervenção;
- Desenvolve um projeto de intervenção de acordo com as fases da metodologia de projeto;
- Utiliza as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados e aplica no desenvolvimento do projeto;
- Transmite informação aos elementos da equipa de modo a melhorar a segurança e qualidade dos cuidados prestados;
- Avalia o projeto implementado.

Projeto Individual: Estágio Final

3.2- COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências específicas são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas. (OE, 2019:4745)

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica são definidos como "cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total." (OE, 2018:19362)

Os cuidados à pessoa em situação crítica podem advir de uma situação de emergência, catástrofe e exceção, situações estas que colocam a pessoa em risco de vida. Assim, os cuidados de enfermagem prestados à pessoa/família em situação crítica obrigam a uma observação, colheita e procura contínua, de forma sistemática e sistematizada de dados, a fim de: ter conhecimento contínuo da situação da pessoa/família a quem se presta cuidados, prever e detetar precocemente possíveis complicações e de garantir cuidados precisos, concretos, eficientes e em tempo útil. (OE, 2018)

Seguidamente descrevo as atividades que pretendo desenvolver, durante este estágio, para assim adquirir as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica e as competências de Mestre em enfermagem.

3.2.1 Competências específicas a desenvolver

Agrupa a competência de mestre nº1 com todas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica por considerar que se poderão desenvolver em paralelo.

Competência de mestre nº1: Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

19

Projeto Individual: Estágio Final

K1- Cuida da pessoa a vivenciar processos de doença crítica e/ou falência orgânica;

Atividades a desenvolver

- Prestar cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, na UADCI e UCIC do HESE e SU do HSLE;
- Prestar cuidados de enfermagem globais que eliminem ou minimizem o desconforto físico e psicológico do doente crítico;
- Avaliar o estado clínico dos utentes face às medidas de tratamento implementadas, propondo atualizações do plano de cuidados de acordo com as necessidades dos mesmos;
- Manipular dispositivos invasivos (cateter central, linha arterial...), bem como a sua interpretação e atuação perante as alterações identificadas de forma a manter o doente estável;
- Realizar pesquisa sobre situações mais frequentes nos serviços (UCIC, UADCI, SU), assim como os cuidados de enfermagem inerentes;
- Respeitar a abordagem à pessoa em situação crítica de acordo com ABCDE;
- Administrar e gerir protocolos terapêuticos complexos na pessoa em situação crítica;
- Tomar decisões rápidas e eficazes sobre protocolos terapêuticos a adotar em situação de emergência;
- Fazer a gestão da dor na pessoa em situação crítica, proporcionando bem-estar físico, psíquico e espiritual;
- Gerir a comunicação com a pessoa/família em situação crítica utilizando técnicas de comunicação adaptadas a cada situação;
- Estabelecer relação terapêutica com o doente/família;
- Avaliar as intervenções executadas e discuti-las com a enfermeira supervisora e restante equipa.

Indicadores de avaliação

- Manuseia e utiliza eficazmente o equipamento e materiais existentes nos serviços na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica;
- Planeia e presta de cuidados de enfermagem adequados às necessidades do utente/família, de acordo com a sua situação clínica, potenciando os ganhos em saúde;
- Presta cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de UCIC e UADCI e SU;
- Identifica focos de instabilidade e responde de forma eficaz aos mesmos;
- Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte básico de vida e suporte avançado de vida;
- Demonstra conhecimentos sobre bem-estar físico, psíquico e espiritual na resposta às necessidades da pessoa/família em situação crítica;
- Garante a gestão de medidas farmacológicas de controle da dor;

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

20

Projeto Individual: Estágio Final

- Demonstra conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para alívio da dor;
- Demonstra conhecimentos sobre gestão da ansiedade e medo na pessoa em situação crítica;
- Gere a comunicação com a pessoa/ família em situação crítica utilizando técnicas de comunicação adaptadas a cada situação;
- Demonstra conhecimentos e estratégias facilitadoras da comunicação;
- Adapta a comunicação a cada situação;
- Estabelece relação terapêutica com o doente/família;

K2- Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação

Atividades a desenvolver

- Reunir com o Enfº elo de ligação do serviço com o gestor do risco do HESE, de forma perceber o seu papel no serviço;
- Analisar os planos de emergência interna dos serviços e identificar possíveis alterações;
- Realizar pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas sobre catástrofe ou emergência multi-vítimas.

Indicadores de avaliação

- Demonstra conhecimentos sobre o plano de emergência interna dos serviços e atuação em caso de ativação;
- Sistematiza as ações a realizar em situações de catástrofe ou emergência multivítima;
- Analisa em conjunto com a supervisora e elo de ligação do serviço da gestão do risco as possíveis lacunas/ alterações no plano de emergência interno.

K3- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

Atividades a desenvolver

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

Projeto Individual: Estágio Final

- Reunir com a enfermeira supervisora, Enfª elo de ligação do serviço com o GCL-PPCIRA para conhecer dados sobre infeção hospitalar;
- Realizar leitura pormenorizada dos documentos existentes nos serviços no âmbito do controlo de infeção;
- Adotar medidas de prevenção e controlo de infeção, na prestação de cuidados à pessoa/família em situação crítica;
- Colaborar na monitorização e supervisão de medidas de prevenção e controlo de infeção adotadas nos serviços.

Indicadores de avaliação

- Demonstra conhecimentos acerca do Plano Nacional de Controlo de Infeção e das diretivas das Comissões de Controlo da Infeção;
- Demonstra conhecimentos sobre os documentos existentes na instituição na área do controlo da infeção;
- Adota medidas de prevenção e controlo da infeção na prestação de cuidados;
- Realiza os procedimentos e estabelece os circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão;
- Monitoriza, regista e avalia medidas de prevenção e controlo da infeção implementadas;
- Supervisiona as práticas, identifica necessidades e realiza ensino no que diz respeito a medidas de prevenção e controlo da infeção.
- Supervisiona a higienização do ambiente da prestação de cuidados e corrige medidas adotadas sempre que necessário.

Competência de mestre nº7: Evidência competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade

Não são definidas atividades nem indicadores de avaliação específicos para esta competência uma vez que, se todas as anteriores forem realizadas, estas dão resposta a esta competência de mestre.

Projeto Individual: Estágio Final

4- CONCLUSÃO

A realização do presente projeto foi proposta no início da unidade curricular Estágio Final. Neste foram traçados os objetivos com as ações correspondentes, tendo em conta as competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, que pretendo atingir.

Os objetivos foram traçados tendo em conta a caracterização dos serviços, de modo a serem possíveis de atingir.

O Estágio deve contribuir para a aquisição e consolidação de competências na formação do futuro Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que nele se deve confrontar com pessoas em situação de urgência. Assim, tenciono desenvolver/aprofundar conhecimentos tendo em conta os objetivos e competências delineadas, através das vivências e ações implementadas para cada situação.

Como futura Enfermeira Especialista, pretendo desenvolver a prática clínica com a implementação de metodologias de ensino e de aprendizagem, com aposta no incremento de conhecimento resultante de evidência científica mais atual, conduzindo à prestação de cuidados de elevada qualidade e segurança à pessoa em situação crítica, considerando a pessoa em situação crítica como "aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica." (OE, 2018:19362)

A realização deste projeto constitui o início de um longo percurso de formação que vai culminar com a aquisição do Grau de Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

Projeto Individual: Estágio Final

5- BIBLIOGRAFIA

Fonseca, M (2006). Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem. Perspectiva do docente. Coimbra, Portugal: Formasau.

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º140/2019 de 6 de fevereiro: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, n.º26, 4744-4750.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento n.º429/2018 de 16 de julho: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República, 2ª série, n.º135, 19359-19370.

<https://www.hevora.min-saude.pt>

<http://www.ulsna.min-saude.pt>

Apêndice II- Escala de Autocuidado para a Pessoa com Doença Coronária (EACPDC)

Escala de autocuidado para a pessoa com doença coronária (EACPD)*Todas as respostas são confidenciais*

Pense na forma como se tem sentido durante o último mês ou desde a última vez que conversámos enquanto responde aos itens.

SECÇÃO A:

Em baixo estão listadas instruções comuns dadas a pessoas com doença cardíaca. Com que frequência as cumpre?

	Nunca ou raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre ou diariamente
1. Mantém consultas com o seu médico/ enfermeiro?	1	2	3	4
2. Toma aspirina ou outro antiagregante/anticoagulante?	1	2	3	4
3. Avalia a sua Tensão Arterial?	1	2	3	4
4. Exercita-se por 30 minutos?	1	2	3	4
5. Toma a medicação como prescrita?	1	2	3	4
6. Pede alimentos com baixo teor de gordura quando faz refeições fora de casa ou visita alguém?	1	2	3	4
7. Usa um sistema para o ajudar a lembrar da toma dos medicamentos? Por exemplo, usa caixa de comprimidos ou lembrete.	1	2	3	4
8. Come fruta ou vegetais?	1	2	3	4
9. Evita fumar e locais com fumo?	1	2	3	4
10. Tenta perder peso ou controlá-lo?	1	2	3	4

SECÇÃO B:

A doença cardíaca pode manifestar-se como *dor no peito, pressão no peito, ardor, peso no peito, dificuldade em respirar ou fadiga*.

No mês passado, teve algum destes sintomas? Assinale com **um** círculo.

0) Não

1) Sim

11. Se teve algum destes sintomas de doença cardíaca no mês passado...

(assinale com um círculo **um** dos números)

Não tive estes sintomas	Não reconheci estes sintomas	De forma lenta	De forma normal	Rápidamente	De forma muito rápida
Com que rapidez reconheceu estes sintomas como de doença cardíaca?	0	1	2	3	4

Os procedimentos da seguinte lista são utilizados por pessoas com doença cardíaca. Se tem sintomas, qual a probabilidade de usar um destes procedimentos?

(assinale com um círculo **um** número para cada procedimento)

	Nada Provável	Pouco Provável	Provável	Muito Provável
12. Altera o nível de atividade (acalma, descansa)	1	2	3	4
13. Tomar nitroglicerina (Se não tem nitroglicerina prescrita, passe este item)	1	2	3	4
14. Contatar o seu médico ou enfermeiro para aconselhamento	1	2	3	4
15. Tomar uma aspirina	1	2	3	4

16. Pense no que fez na última vez que teve sintomas de doença cardíaca,

(assinale com um círculo **um** número)

	Não tentei nada	Não tenho a certeza	Tenho uma vaga ideia	Tenho a certeza	Tenho a certeza absoluta
Até que ponto acha que o que fez o ajudou ou não?	0	1	2	3	4

SECÇÃO C:

No geral, está confiante de que consegue:

	Nada confiante	Pouco confiante	Muito confiante	Extremamente confiante
17. <u>Manter-se livre de sintomas?</u>	1	2	3	4
18. <u>Seguir o tratamento</u> que lhe tenha sido aconselhado?	1	2	3	4
19. <u>Reconhecer mudanças</u> na sua saúde?	1	2	3	4
20. <u>Avaliar a importância</u> dos seus sintomas?	1	2	3	4
21. <u>Fazer alguma coisa</u> que alivie os seus sintomas?	1	2	3	4
22. <u>Avaliar</u> a eficácia de um qualquer procedimento?	1	2	3	4

Apêndice III- Questionário variáveis sócio-biográficas

Questionário nº _____

**QUESTIONÁRIO SOBRE AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA
CORONÁRIA**

Por favor coloque um X na resposta que melhor se aplica a si.

DADOS SÓCIO-BIOGRÁFICOS

1) IDADE: ____ anos

2) ESTADO CIVIL:

Casado/ em união de facto ____

Solteiro (a) ____

Viúvo (a) ____

Divorciado (a) ____

3) GÉNERO:

Feminino ____

Masculino ____

4) HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

1º Ciclo do Ensino Básico (4ª Classe) ____

2º Ciclo do Ensino Básico (Ensino Preparatório) ____

3º Ciclo do Ensino Básico ____

Ensino Secundário ____

Bacharelato ____

Licenciatura ____

Mestrado ____

5) Profissão: _____

Apêndice IV- Consentimento Informado de Participação no Estudo

Esclarecimento/consentimento do estudo

Caro participante:

Eu, Inês Bernardo Nascimento Malato Beliz, enfermeira, encontro-me a frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, com o intuito de aumentar conhecimentos, resultantes de evidência científica atualizada, de modo a prestar cuidados de elevada qualidade e segurança à pessoa em situação crítica.

No âmbito deste curso estou a desenvolver um estudo que se designa por "O Autocuidado da pessoa com Doença Coronária", através do qual pretendo analisar o nível de adequação do autocuidado praticado pela pessoa com doença coronária ao nível da manutenção, gestão e autonomia. Para esse efeito, venho por este meio solicitar a sua participação, agradecendo desde já, a sua disponibilidade e colaboração.

A recolha de dados será feita através da aplicação do questionário a pessoas com doença coronária.

O uso da informação que o possa identificar é exclusivo para este trabalho e não estará acessível a outras pessoas, sendo os resultados obtidos apresentados num relatório final que ficará disponível para consulta.

A sua participação não prevê quaisquer prejuízos para si.

Importa referir que este estudo foi sujeito a aprovação pela Comissão de Ética do HESE, EPE e pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre-IPP.

Declaro que, após ter sido esclarecido sobre o tema, os objetivos, os procedimentos, a garantia de confidencialidade e o carácter voluntário da minha participação, aceito participar na investigação intitulada "O Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária", a desenvolver pela En^{ra} Inês Beliz.

Participante:

Investigadora:

Orientador

Data: ____/____/____, ____

Apêndice V- **Pedido de parecer à comissão de ética do IPP**



COMISSÃO DE ÉTICA

Submissão de Projetos/Estudos de Investigação

Emissão de Parecer

Título do Projeto: "O autocuidado da Pessoa com Doença Coronária"

Nível de Investigação:	Licenciatura	Mestrado	Doutoramento
		X	
	Outro:		
+			
Calendarização prevista	Início	Fim	Nº de meses
	16/09/2019	31/01/2020	
Referência do Projeto	Entidade promotora		
	Parcerias		
	Sem Financiamento	Com Financiamento	Orçamento
	X		
Entidade financiadora			

Equipa de Investigação:

Investigador Principal – Inês Bernardo Nascimento Malato Beliz

Orientador – Professora Maria do Céu Pinto Marques

Contextualização/Resumo (aproximadamente 250 palavras):

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre (IPP) - Escola Superior de Saúde, encontro-me a realizar um estágio na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção e na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos do Hospital do Espírito Santo em Évora (HESE), que teve início a 16 de Setembro de 2019 e que termina a 31 de Janeiro de 2020. Este estágio prevê a realização de um projeto de intervenção, sendo o tema escolhido "O Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária", cujo objetivo é a validação da escala do Autocuidado na doença coronária, "Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory" de Victoria Vaughan Dickson, para a população portuguesa. Esta escala avalia 22 itens, na qual se pretende avaliar o conhecimento das pessoas com doença coronária sobre manutenção do autocuidado; Identificar qual a capacidade das pessoas com doença coronária na gestão do autocuidado; Identificar a autonomia das pessoas com doença coronária no autocuidado.

IPP-COM-ET14-Rav.0

Com a realização e aplicação deste projeto, pretendo desenvolver e atingir as competências de mestre em enfermagem, e que os resultados obtidos possam ser uma mais-valia para a comunidade científica.

Fundamentação e pertinência do estudo:

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal, bem como uma das maiores causas de morbilidade, incapacidade e invalidez. (DGS, 2017)

As doenças cardiovasculares podem ser prevenidas uma vez que estão diretamente relacionadas com os estilos de vida, nomeadamente, o tabagismo, dieta pouco saudável e obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, passando a estratégia por atuar sobre os fatores de risco comportamentais, com vista a mudanças adequadas nos estilos de vida dos indivíduos. (WHO, 2017)

Procedimentos metodológicos:

OBJETIVOS:

Objetivo Geral:

- Conhecer o nível de adequação do autocuidado da pessoa com doença coronária através da aplicação da escala do Autocuidado na doença coronária, "Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory" de Victoria Vaughan Dickson, para a população portuguesa.

Objetivo específico:

- Aplicar a escala já validada a uma pequena amostra no serviço de cardiologia para avaliação do nível de adequação do autocuidado da pessoa com doença coronária;
- Intervir junto da pessoa com doença coronária, de acordo com o nível de adequação do autocuidado;
- Avaliar as intervenções realizadas face aos resultados esperados.

Conteúdos e estratégias de intervenção:

- Pesquisa bibliográfica;
- Tradução da escala para português;
- Validação da escala traduzida para a população portuguesa, através da sua aplicação a 110 utentes com doença coronária seguidos em consulta de Cardiologia do HESE;
- Aplicação da escala a 5 doentes com doença coronária internados na UCIC do HESE, Estudo piloto;
- Análise, interpretação e discussão dos resultados obtidos;
- Apresentação dos resultados no repositório da instituição do curso (i.e. Relatório de estágio) e publicado em revista científica da área;

Processo de avaliação:

- No final será feita observação, tendo por base uma grelha, para registar a informação transmitida tendo por base a escala (Estudo piloto).

Procedimentos Éticos:

- Confidencialidade dos dados: O acesso aos dados recolhidos é confidencial, estando guardados em computador pessoal e disponível apenas para o autor e orientador, protegidos por palavra-passe.
- Anonimato dos participantes: Não existe nenhuma informação que permita a identificação dos participantes no projeto.
- Consentimento informado dos participantes: A cada participante será apresentado o pedido de consentimento informado (anexo III). A aceitação de participação é condição essencial à prossecução do projeto. O direito à recusa em participar é assegurado.
- Já foi enviado pedido de parecer à Comissão de Ética do Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, tendo sido já contactada por um elemento da mesma no sentido de informar que o estudo está autorizado, mas como se trata de estudante do IPP, necessitam de uma declaração da Comissão de Ética do IPP em como o processo está dentro dos procedimentos legais no IPP, para que possam passar a declaração final.

Benefícios que resultarão do estudo:

Com base nos resultados obtidos e evidências científicas encontradas, fazer propostas de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença coronária, particularmente no que diz respeito à adequação do autocuidado.

- Bibliografia de suporte:

- Dickson, V.; Nocella, J.; Yoon, H.; Hammer, M.; Melkus, G.; Chyun, D. (2013). Cardiovascular Disease Self-Care Interventions. In *Nursing Research and Practice*. doi: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/407608>
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde;
- World Health Organization [WHO] (2017). *Cardiovascular Diseases*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>.
- <https://self-care-measures.com/available-self-care-measures/self-care-of-coronary-heart-disease-inventory/>

Anexos:

Anexo I- Formulário de caracterização sócio-biográfica

Anexo II- Escala do Autocuidado da Pessoa com doença coronária "Self-care of Coronary Heart Disease Inventory"

Anexo III- Exemplar de documento de consentimento informado

Tomei conhecimento do Código de ética do IPP ☒

Assinatura do Investigador



Data

18/11/2019

Apêndice VI- Pedido de parecer à comissão de ética do HESE, EPE



PEDIDO DE PARECER À COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA EPE

Nome: Inês Bernardo Nascimento Malato Beliz, na qualidade de Enfermeira, com o contacto telefónico 963693624, o email inesbeliz@gmail.com e a morada Av. da Piedade nº8, 7350-094 Elvas, solicita que a Comissão de Ética emita parecer sobre o seguinte assunto:

RESUMO:

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica, a decorrer no Instituto Politécnico de Portalegre-Escola Superior de Saúde, encontro-me a realizar um estágio na Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção e na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, que teve início a 16 de Setembro de 2019 e que termina a 31 de Janeiro de 2020. Este estágio prevê a realização de um projeto de intervenção, sendo o tema escolhido "O Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária", cujo objetivo é a validação da escala do Autocuidado na doença coronária, "Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory" de Victoria Vaughan Dickson, para a população portuguesa. Esta escala avalia 22 itens, na qual se pretende avaliar o conhecimento das pessoas com doença coronária sobre manutenção do autocuidado; Identificar qual a capacidade das pessoas com doença coronária na gestão do autocuidado; Identificar a autonomia das pessoas com doença coronária no autocuidado. Com a realização e aplicação deste projeto, pretendo desenvolver e atingir as competências de mestre em enfermagem, e que os resultados obtidos possam ser uma mais-valia para a comunidade científica.

No decorrer do projeto estão previstas as seguintes atividades:

- Tradução da escala para português;
- Validação da escala traduzida para a população portuguesa, através da sua aplicação a utentes com doença coronária seguidos em consulta de Cardiologia do HESE;
- Apresentação dos resultados no repositório da instituição do curso (o Relatório de estágio) e publicado em revista científica da área.



Telefone: 266 742 100 – Telemóvel: 961 981 600 – Fax: 266 721 821
geral@hepevora.mh-saude.pt | www.hepevora.mh-saude.pt
Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. | Largo Senhor da Piedade, s/n - 7000-811 Évora
Empresa Pública - Entidade Pública Empresarial | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Évora,
sob o n.º 508 085 888 NIPC/NIF: 508.085.888 | Capital Estatutário: 31.002.535,00 Euros



Problemas que se colocam:

Comprometo-me em garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados colhidos e em informar os utentes envolvidos desta condição, bem como do âmbito e objetivos do projeto, sendo o seu envolvimento facultativo.

Em anexo, segue escala a traduzir e validar com população alvo.

Consulta que deseja fazer à Comissão de Ética:

Expor e requerer que me seja concedida autorização para realizar Projeto de Intervenção, integrado no Estágio Final do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica.

O requerente

_____/_____/_____



Telefone: 266 743 100 – Telemóvel: 961 981 650 – Fax: 266 701 821
geral@havora.min-saude.pt | www.havora.min-saude.pt
Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. | Largo Senhor da Pobreza, s/n - 7000-811 Évora
Empresa Pública - Entidade Pública Empresarial | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Évora,
sob o n.º 508 065 888 NIPC/NIF: 508.065.888 | Capital Estatutário: 31.002.535,00 Euros

Apêndice VII- Formação em Serviço: Actuación de enfermería ante un paciente con alteraciones electrocardiográficas



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▶ Realizar un repasso rápido a los fundamentos de la electrocardiografía;
- ▶ Identificar las bradiarritmias;
- ▶ Identificar las taquiarritmias;
- ▶ Determinar el grado de urgência;
- ▶ Actuación de enfermería.

ELECTROCARDIOGRAMA

▶ Actividad eléctrica del corazón.

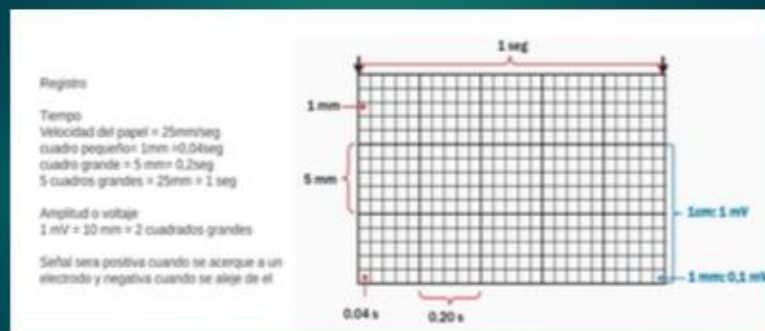


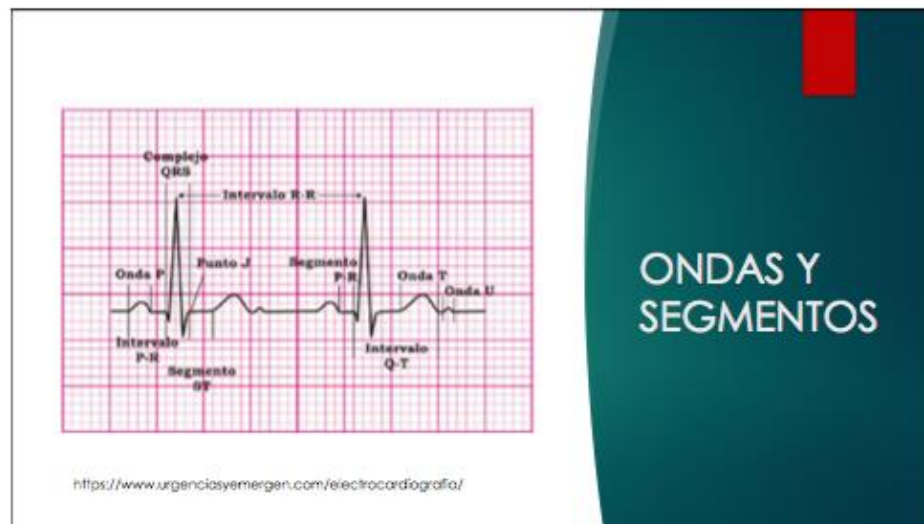
COLOCACIÓN DE ELECTRODOS



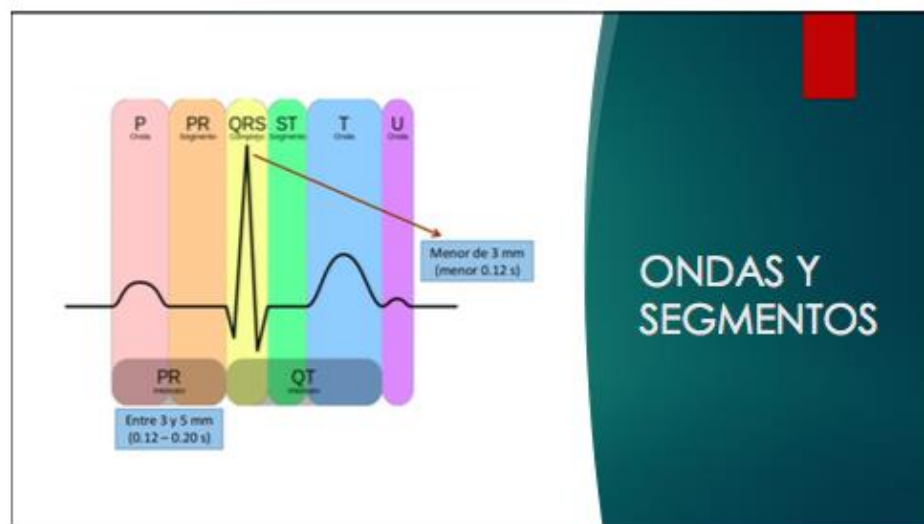
<https://www.urgenciasyemergen.com/electrocardiografia/>

PAPEL ELECTROCARDIOGRÁFICO

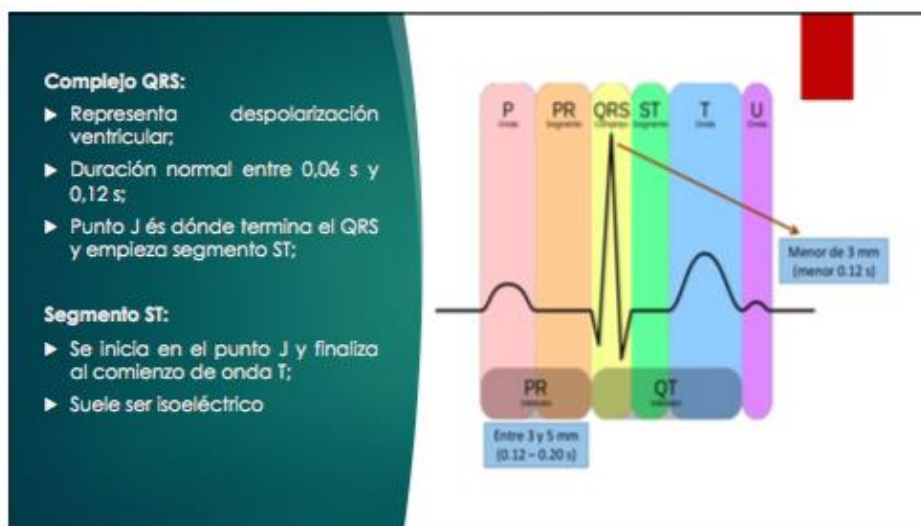
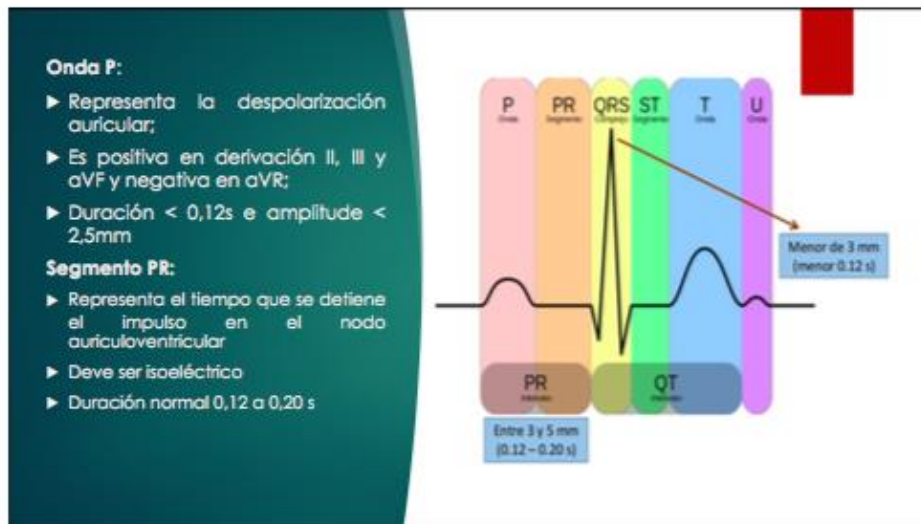


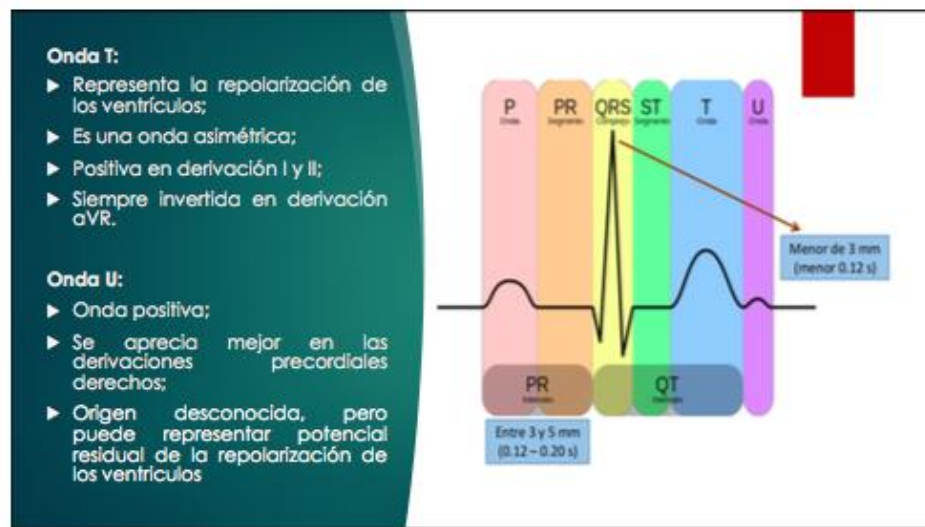


ONDAS Y SEGMENTOS



ONDAS Y SEGMENTOS





ANÁLISIS DEL RITMO



BRADIARRITMIAS

- ▶ Frecuencias ventriculares < 60 lpm
- ▶ Frecuencias ventriculares < 40 lpm = bradicardia extrema

Inducidas:

- ▶ Por medicamentos (betabloqueantes)
- ▶ Cambios fisiológicos cardíacos (degenerativos, inflamatorios, isquémicos, etc...)
- ▶ Causas funcionales (hipertonía vagal)

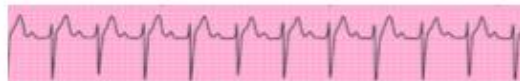
BRADIARRITMIAS

- Origen se debe a una disfunción del nódulo sinusal (bradicardia sinusal, paro sinusal o bloqueo sinoauricular) y/o alteración de la conducción auriculoventricular (bloqueos AV 2º e 3º grado)



BRADIARRITMIAS

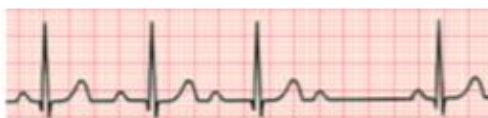
- **BAV 1º GRADO**
- - Intervalo PQ > 0,20s
- - Raramente tiene sintomatología
- - Se aislado, raramente tiene tratamiento.



BRADIARRITMIAS

BAV 2º GRADO Mobitz tipo I (Wenckebach)

- Relación P-QRS: PQ se va alargando progresivamente hasta que una P no conduce y se reinicia el ciclo
- Ritmo irregular
- Puede ser fisiológico (atletas alta competición)
- Fuera de este contexto es generalmente patológico (IAM)
- Si asintomático generalmente no necesita de tratamiento inmediato
- La necesidad de tratamiento depende del efecto de la bradiarritmia en el enfermo, y el riesgo de desarrollar un BAV mas grave o asistolia.



BRADIARRITMIAS

BAV 2º GRADO Mobitz tipo II

- Relación P-QRS: PQ constante pero algunas ondas P no conducen
- Ritmo regular
- Tiene **mayor riesgo** de progresión para BAV completo y asistolia



BRADIARRITMIAS

BAV 3º GRADO (Completo)

- Relación P-QRS: no hay relación entre las ondas P e los complejos QRS
- Disociación auriculoventricular
- El local del marcapaso que estimula los ventrículos determina la frecuencia ventricular y la anchura del QRS.



BRADIARRITMIAS – ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

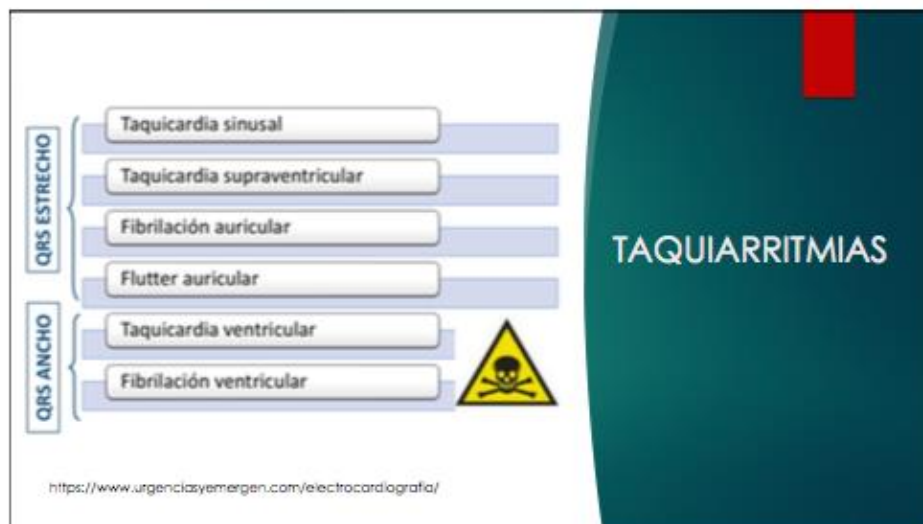
- ▶ **Aplicación de medidas generales** (oxigenoterapia, acceso venoso, monitorización de los signos vitales y valoración) y la valoración del paciente. Valorar con un algoritmo ABCDE: vía Aérea, Respiración, Circulación, Discapacidad y Exposición.
- ▶ **Valoración para la identificación de signos adversos por bajo gasto cardíaco.** Las intervenciones y cuidados de enfermería se dirigen a aumentar la frecuencia cardíaca y mantenerla posteriormente con fármacos como a atropina, la adrenalina y otros, o con un marcapasos temporal o definitivo.

- ## BRADIARRITIMIAS – ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA
- ▶ **Valoración para la detección precoz del riesgo de asistolia** para garantizar una respuesta ventricular adecuada. Las intervenciones y cuidados de enfermería se focalizan en la valoración y en la utilización segura de un marcapasos temporal o definitivo.
 - ▶ **Observación del paciente** que no presenta signos adversos ni riesgo de asistolia y/o eliminación de las causas reversibles de la bradiarritmia.



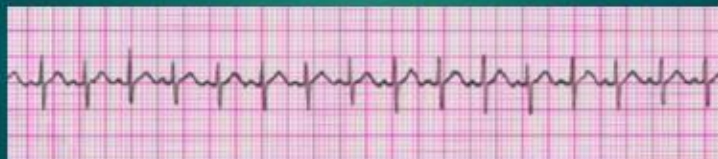
TAQUIARRITMIAS

- ▶ Frecuencias ventriculares >100 lpm
- ▶ La actuación depende del grado de tolerancia por el enfermo y del registro electrocardiográfico del complejo QRS
- ▶ QRS estrecho= taquicardia supraventricular
- ▶ QRS ancho= taquicardia de origen ventricular o supraventricular con conducción aberrante



TAQUICARDIA SINUSAL

- ▶ Taquicardia sinusal no es una arritmia, es una respuesta fisiológica o patológica (ansiedad, ejercicio, hemorragia,...)



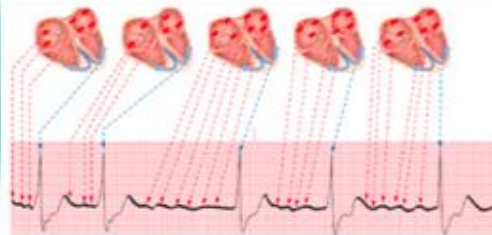
TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR

- ▶ Frecuencias ventriculares entre 150 y 250 lpm
- ▶ Ritmo regular
- ▶ QRS estrecho
- ▶ Las ondas P estan presentes pero se encuentran tapadas o absorbidas pela onda T del latido previo
- ▶ Puede ser paroxística
- ▶ Puede ser sintomática o assintomática



FIBRILACIÓN AURICULAR

- ▶ Frecuencia ventricular > 120 lpm
- ▶ Ritmo Irregular
- ▶ No existen ondas P
- ▶ Es la arritmia mas frecuente en la pratica clínica



FLUTTER AURICULAR

- ▶ Frecuencia auricular entre 250 y 350 lpm
- ▶ Ritmo regular (normalmente)
- ▶ No existe onda P. Se denominan ondas F. Aspecto de dientes de sierra.



TAQUICARDIA VENTRICULAR

- ▶ Frecuencia ventricular entre 120 y 250 lpm
- ▶ Ritmo regular
- ▶ No se observan ondas P
- ▶ QRS ancho
- ▶ Puede tener latido o no
- ▶ Sin latido iniciar SAV.



Algoritmo de Taquicardia (con pulso)



European Resuscitation Council (ERC) [2015]

TAQUIARRITMIAS – ATUACIÓN DE ENFERMERÍA

- ▶ Comprobación de la pérdida de signos vitales
- ▶ Aplicación de medidas generales y valoración de signos adversos
- ▶ Valoración y actuación en una taquiarritmia con presencia de signos adversos
- ▶ Valoración del electrocardiograma e intervención terapéutica sin presencia de signos adversos.

SINDROME CORONARIO AGUDO



Reducción o interrupción del flujo sanguíneo en las arterias coronarias. La severidad se sus lesiones y secuelas depende de:

- El local donde ocurre la oclusión
 - Duración de la oclusión
 - Presencia o ausencia de circulación colateral
- El EKG ayuda a identificar la presencia de isquemia, lesión y/o necrosis del músculo cardíaco
- Permite dividir los pacientes afectados de SCA en:
- SCASEST
 - SCACEST

SINDROME CORONÁRIO AGUDO

► SCASEST

- Dolor torácico sugestivo de IAM
- EKG con alteraciones inespecíficas
- Enzimas cardíacas con alteraciones o no.

► SCACEST

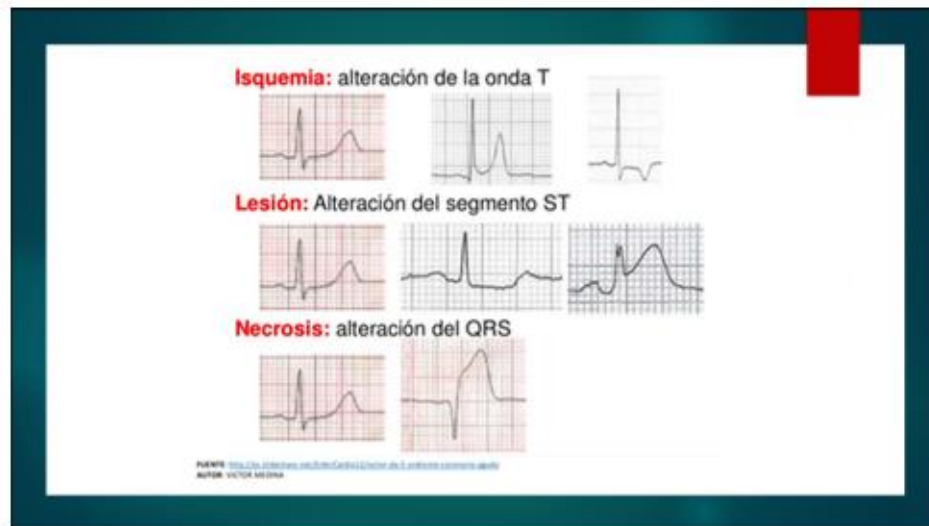
- Dolor torácico agudo e persistente
- Elevación de ST o BRL
- Elevación de enzimas cardíacas

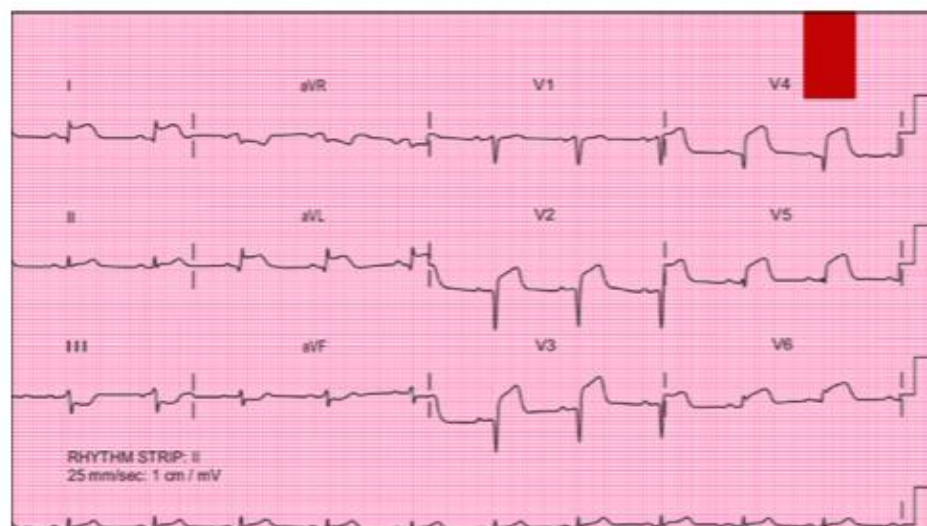


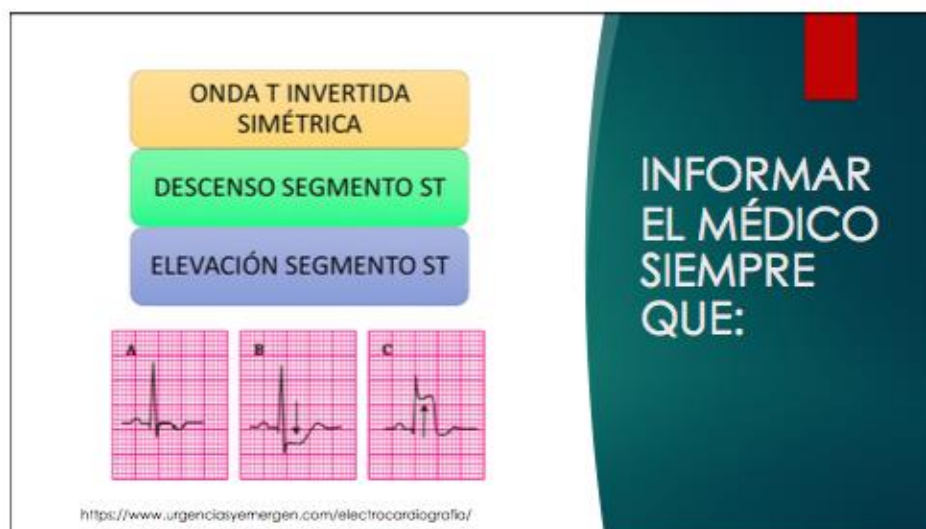
SIGNOS Y SINTOMAS

- Dolor, opresión o disconfort torácico;
- Irradiación del dolor a la mandíbula, cuello, hombros, brazo, espalda, epigastro;
- Síntomas asociados: disnea, náuseas, vómitos, diaforesis;
- Hipotensión;
- Taquipneia;
- Taquicardia o bradicardia;
- Frialidad de la piel;
- Midriasis;
- Arritmia.









The infographic features three colored boxes stacked vertically: a yellow box with the text 'ONDA T INVERTIDA SIMÉTRICA', a green box with 'DESCENSO SEGMENTO ST', and a blue box with 'ELEVACIÓN SEGMENTO ST'. Below these boxes are three ECG waveforms labeled A, B, and C, each showing a different ST segment and T wave pattern. To the right of these elements, on a dark teal background, is the text 'INFORMAR EL MÉDICO SIEMPRE QUE:'. At the bottom left, a URL is provided: <https://www.urgenciasyemergen.com/electrocardiografia/>.

ONDA T INVERTIDA
SIMÉTRICA

DESCENSO SEGMENTO ST

ELEVACIÓN SEGMENTO ST

A B C

INFORMAR
EL MÉDICO
SIEMPRE
QUE:

<https://www.urgenciasyemergen.com/electrocardiografia/>

ATUACIÓN DE ENFERMERÍA

- ▶ Toma de signos vitales: determinar las alteraciones;
- ▶ EKG: identificar arritmias;
- ▶ Colocar el paciente en semifowler;
- ▶ Canalización de vía venosa y toma de muestras: enzimas cardíacas;
- ▶ Oxigenoterapia (94-96%)
- ▶ Administración de medicación prescrita
- ▶ Traslado a UCI o hemodinámica

EN SUMA:

- ▶ La capacidad de una enfermera para interpretar un ritmo cardíaco de manera rápida y correcta es vital para iniciar las intervenciones apropiadas y fundamental para la seguridad del paciente.
- ▶ La actuación de enfermería en las bradiarritmias, taquiarritmias y infarto agudo del miocárdio se debe adecuar al amplio arsenal terapéutico disponible.
- ▶ Aunque no tenemos competencia para prescribir estos tratamientos, debemos conocerlos para actuar con la mayor seguridad terapéutica posible, garantizando una atención de calidad al paciente, vigilando las complicaciones potenciales y contribuyendo a un manejo efectivo del régimen terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

- ▶ American Association of Critical-Care Nurses [AACN] (2016, December). Accurate Dysrhythmia Monitoring Adults. *CriticalCareNurse*, 6 (36), 26-34.
- ▶ American Association of Critical-Care Nurses [AACN] (2016, December). Ensuring Accurate ST-Segment Monitoring. *CriticalCareNurse*, 6 (36), 26-34.
- ▶ European Resuscitation Council [ERC] (2015). Suporte Avançado de Vida. Edição 2015 das recomendações ERC. Niel, Bélgica: ERC. ISBN:9789492543219.
- ▶ Femédica- Formação e Emergência Médica, Lda (2018). Manual de Eletrocardiografia. Portugal: Femédica.
- ▶ Hernández, I. (2011, Enero-Febrero). El actuar de enfermería ante un paciente con alteraciones electrocardiográficas. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 1 (19), 30-34.
- ▶ Nickasch, B; Mamocha, S.; Grebe, L.; Scheelk, H.; Kuehl, C. (2016, November-December). What do I do Next? Nurses confusion and uncertainty with ECG Monitoring. *MedsurgNursing*, 6 (25), 418-422.
- ▶ Sevilla, J. (2018). Papel de enfermería en el tratamiento de las principales alteraciones electrocardiográficas: Bradiarritmias, Taquiarritmias y Fibrilación Auricular. *Enfermería en Cardiología*, 25 (73), 76-84.
- ▶ <https://www.urgenciasyemergen.com/electrocardiografia/>



Apêndice VIII- Resumo do Artigo Científico: Autocuidado da Pessoa com Doença Coronária. Revisão Sistemática da Literatura.

AUTOCUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CORONÁRIA

Inês Bernardo Nascimento Malato Beliz

RESUMO

Introdução: As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal, bem como uma das maiores causas de morbilidade, incapacidade e invalidez. Podem ser prevenidas uma vez que estão diretamente relacionadas com os estilos de vida, passando a estratégia por atuar sobre os fatores de risco **comportamentais**, melhorando o autocuidado das pessoas com doença coronária. **Objetivo:** Encontrar evidência sobre autocuidado no doente com doença coronária. **Método:** Revisão sistemática da literatura (RSL) com a seguinte questão de pesquisa: Existe evidência sobre o autocuidado no doente com doença coronária? A pesquisa foi realizada com recurso a plataformas de bases de dados eletrónicas EBSCOhost, Google Académico e Scielo, e avaliada a qualidade metodológica segundo as grelhas desenvolvidas pelo Joanna Briggs Institute (JBI). **Resultados:** Incluídos 7 estudos que cumpriram os critérios de inclusão, isto é, estudos primários, que abordam o autocuidado da pessoa com doença coronária, publicados nos últimos 5 anos (2015-2020), em português, inglês e espanhol, com texto integral de acesso livre.

Conclusões: Esta RSL revela evidência do autocuidado no doente com doença coronária, concluindo que existem ganhos importantes na saúde da pessoa com doença coronária associada ao autocuidado.

Descritores: Doença coronária/ Enfarte agudo do miocárdio; Autocuidado; Enfermagem

ANEXOS

Anexo I- Self Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI V2.1)

SELF-CARE OF CORONARY HEART DISEASE INVENTORY (SC-CHDI V2.1)

All answers are confidential.

Think about how you have been feeling in the last month or since we last spoke as you complete these items.

SECTION A:

Listed below are common instructions given to persons with heart disease. How routinely do you do the following?

	Never or rarely	Sometimes	Frequently	Always or daily
1. Keep doctor or nurse appointments?	1	2	3	4
2. Take aspirin or other blood thinner?	1	2	3	4
3. Check your blood pressure?	1	2	3	4
4. Exercise for 30 minutes?	1	2	3	4
5. Take your medicines as prescribed?	1	2	3	4
6. Ask for low fat items when eating out or visiting others?	1	2	3	4
7. Use a system to help you remember your medicines? For example, use a pill box or reminders.	1	2	3	4
8. Eat fruits and vegetables?	1	2	3	4
9. Avoid cigarettes and/or smokers?	1	2	3	4
10. Try to lose weight or control your body weight?	1	2	3	4

SECTION B:

Heart disease may appear as *chest pain, chest pressure, burning, heaviness, shortness of breath, or fatigue*.

In the past month, have you had any of these symptoms? Circle one.

0) No

1) Yes

11. If you had any of these symptoms of heart disease in the past month...

(circle **one** number)

	Have not had these	I did not recognize it	Not Quickly	Somewhat Quickly	Quickly	Very Quickly
How quickly did you recognize it as a symptom of heart disease?	N/A	0	1	2	3	4

Listed below are actions that people with heart disease use. If you have symptoms, how likely are you to try one of these actions?

(circle **one** number for each remedy)

	Not Likely	Somewhat Likely	Likely	Very Likely
12. Change your activity level (slow down, rest)	1	2	3	4
13. Take nitroglycerin (If you do not have nitroglycerin prescribed, skip this item)	1	2	3	4
14. Call your doctor or nurse for guidance	1	2	3	4
15. Take an aspirin	1	2	3	4

16. Think of an action you tried the last time you had symptoms of heart disease,

(circle **one** number)

	I did not try anything	Not Sure	Somewhat Sure	Sure	Very Sure
How sure were you that the	0	1	2	3	4

action helped or did not help?	
--------------------------------	--

SECTION C:

In general, how confident are you that you can:

	Not Confident	Somewhat Confident	Very Confident	Extremely Confident
17. Keep yourself <u>free of</u> symptoms?	1	2	3	4
18. Follow the <u>treatment</u> advice you have been given?	1	2	3	4
19. Recognize <u>changes</u> in your health?	1	2	3	4
20. Evaluate the <u>importance</u> of your symptoms?	1	2	3	4
21. Do something that will relieve your symptoms?	1	2	3	4
22. Evaluate how well a remedy works?	1	2	3	4

Anexo II- Parecer da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre



Instituto
Politécnico
Portalegre

PARECER

Nº Pedido _____ / Data 28/11/2019
Ref. SC/2019/4019

COMISSÃO DE ÉTICA

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que na reunião de 26 de novembro de 2019, deliberou emitir *Parecer Positivo* à realização do Estudo de Investigação "O Autocuidado da pessoa com doença coronária" no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, sob a responsabilidade da Investigadora Inês Bernardo Nascimento Malato Beliz e orientação da Profª Doutora Maria do Céu Pinto Marques.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre



Ana Paula Calado Baptista Enes de Oliveira

28-11-2019

IPP/COM/ET/1.3-Rev.2



Anexo III- Parecer da Comissão de Ética do Hospital do Espírito Santo de Évora



COMISSÃO DE ÉTICA

Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE, EPE)

Título do Projeto: O Autocuidado da pessoa com doença coronária

Nome: Inês Beliz

Instituição: Hospital Espírito Santo de Évora, EPE

Investigador Responsável/Orientador: ———

Enquadramento Académico: Mestrado

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão ☒ Sim
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados ☒ Sim
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos ☒ Sim
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes ☒ Sim

Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:

Favorável ☒ X

Condicional ☐

NOTAS: Falta parecer da comissão de ética da instituição académica

Data: 05/12/19

O Presidente da Comissão de Ética

Autógrafa:
Ata n.º 54 em 11/12/2019
O Conselho de Administração
Maria Filomena Mendes
Presidente
Francisco Chaleça
Vogal
Túlio Covaco
Vogal
Maria Lúcia Brito
Enfermeira Diretora
Isabel Este
Diretora Clínica

Anexo IV- Certificado de Participação no Workshop “Metodologia Lean e Simulação Clínica: Melhorar o Processo, o Talento, o Movimento e o Tempo nos Cuidados de Saúde”



PCLSC - Performance clínica e doente crítico cardíaco:
Metodologia Lean e simulação clínica, inovação nos cuidados de saúde

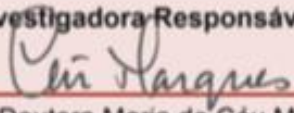
Workshop

Metodologia Lean e Simulação clínica
Melhorar o processamento, o talento, o movimento
e o tempo nos cuidados de saúde

CERTIFICADO

Certifica-se que **Inês Beliz**, participou no Workshop "**Metodologia Lean e Simulação Clínica: Melhorar o Processo, o Talento, o Movimento e o Tempo nos Cuidados de Saúde**" realizado no âmbito do **projeto PCLSC**, no auditório da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora no dia **20 de janeiro de 2020** com a duração de 7 Horas.

Investigadora Responsável


Prof. Doutora Maria de Céu Marques

Projeto: ALT20-03-0145-FEDER-024140

Promotores:



Colaborado por:





PCLSC - Performance clínica e doente crítico cardíaco:
Metodologia Lean e simulação clínica, inovação nos cuidados de saúde

Temáticas

Metodologia Lean: O Caso do Serviço de Cardiologia do HESE, EPE

Rui Cortes

Healthcare Improvement Expert Lean Health Portugal

Simulação Clínica: Segurança nos Cuidados de Saúde

Maria do Céu Marques

Investigadora Responsável do PCLSC Universidade de Évora

José Luis Díaz Agea

Professor e Investigador Universidade Católica San Antonio Murcia

Performance Clínica: Líderes Fortes, Equipas Fortes

Cláudia Telles de Freitas

Consultora Sénior e Corporate Coach no
Serviço Nacional de Saúde

Évora | 20.01.2020

Projeto: ALT20-03-0145-FEDER-024140

Promotores:



Co-financiado por:



Financiamento para a Ciência e a Tecnologia

Anexo V- Certificado Suporte Avançado de Vida (SAV)



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Inês Beliz
11/11/1983

Recebeu a qualificação de ERC
Advanced Life Support (ALS)
Em Portalegre, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO
Course Director



Data do último curso: 11/05/2019

Este certificado é válido de 11/05/2019 a 11/05/2024

Para verificar a validade deste certificado, por favor acesse a <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> e digite ERC-670-829775

Anexo VI- Certificado Internacional Trauma Life Suport (ITLS)



ITLS
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Inês Bernardo Nascimento Malato Beliz, RN

**has completed the
Advanced Provider Course**

date
6/16/2019

course site
IP Portalegre, Portalegre, INTL (International)

course director
Dr. Luis Cardoso MD

course coordinator
Luis Figueiredo RN



ITLS
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).

Continuing Education Hours: 16.00 Course #: 17-ITLS-F2-AP02 CEH Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12300 Ford Road, Suite 350, Dallas, Texas 75234 - 972.247.4442 - jscoff@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITLS0026)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515

www.itrauma.org



294863-37415

Inês Bernardo Nascimento Malato Beliz, RN

has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course

Card Issue Date **6/16/2019** Expiration Date **06/2022**

Course Number **37415**

Course Location

IP Portalegre, Portalegre,
INTL (International)